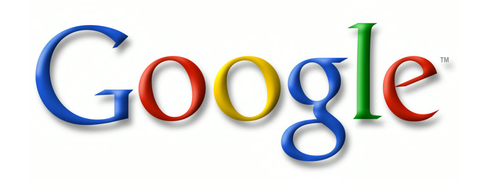
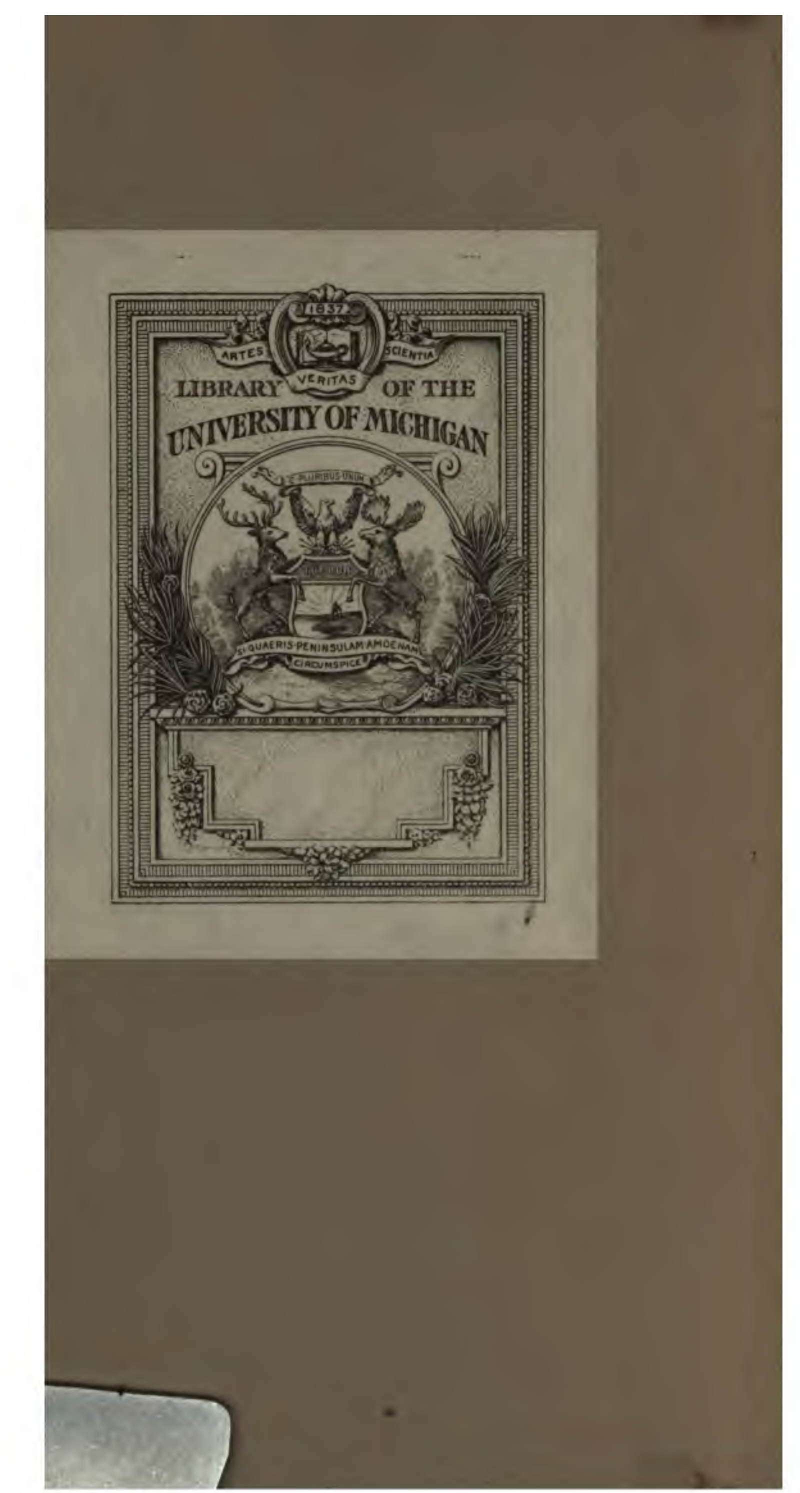



A 3 9015 00379 952 8
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831.

CONTINUÉ PA
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

TOME CENT VINGT-HUITIÈME

PARIS

OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR GÉRANT

PLACE DE L'ODÉON, 8

1895

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

A NOS LECTEURS

J'ai tenu la promesse que j'avais faite au début de l'année 1894, et tous les mois j'ai fourni un article de clinique thérapeutique.

Aidé dans ma tâche par les docteurs Sapelier et Guinard, dont les travaux publiés dans le *Bulletin* ont été reproduits par la presse médicale et étrangère, je continuerai cette année à suivre la marche que je me suis tracée.

Aujourd'hui, la presse médicale, qui ne cesse d'augmenter en nombre, et cela au détriment de sa valeur scientifique, se divise en trois variétés de recueils; les uns, journaux de reportage et de sociétés savantes, donnent dès leur apparition les comptes rendus de ces sociétés ; les autres, enregistrant des faits, constituent

de véritables *Centralblatt* dont l'utilité est incontestable, et les troisièmes publient des mémoires originaux. C'est dans ce dernier groupe que se place le *Bulletin de thérapeutique*, dont les revues mêmes de ce journal vont être modifiées, et constituer des examens critiques sur un point donné de la thérapeutique.

Le *Bulletin* continuera donc, en la perfectionnant, la ligne de conduite qu'il a adoptée, et qui a pour devise : « Guérir le plus souvent, toujours soulager, constamment préserver. »

DUJARDIN-BEAUMETZ.

Beaulieu, 1er janvier 1895.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Examen critique du traitement des dyspepsies.

(QUATRIÈME ARTICLE.)

De l'intervention chirurgicale dans les dyspepsies;

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Cochin.

Enhardis par les succès de la chirurgie abdominale, s'appuyant sur une antisepsie et une asepsie rigoureuses, les chirurgiens veulent aujourd'hui intervenir activement dans les affections chroniques de l'estomac, et lorsque la thérapeutique a épuisé toutes ses ressources, ils prétendent pouvoir remporter des succès là où la médecine a échoué complètement.

Pour qu'on ne taxe pas d'exagéré ce que je viens de dire, je reproduis ici textuellement les conclusions du docteur Doyen (1), que je puise dans l'intéressant livre qu'il vient de publier.

Le docteur Doyen repousse le traitement chirurgical dans les affections cancéreuses de l'estomac ; ce sont là des opérations palliatives qui n'entraînent toujours qu'une amélioration très passagère. Mais, en revanche, il veut qu'on intervienne dans les formes graves de la dyspepsie : « la gastrite chronique, la gastrite ulcéreuse et toutes leurs conséquences, dilatation d'estomac, pituite, gastralgie, hématémèses, vomissements alimentaires.

« La gastro-entérostomie, continue-t-il, pratiquée par notre procédé, amène en effet la guérison radicale des cas les plus

---

(1) Doyen, *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1895, p. 3.

invétérés d'ulcère et de maladie de Reichmann arrivée même à la période de la cachexie finale. L'ulcère du duodénum se cicatrise également en quelques semaines à la suite de l'opération.

« Enfin, dit le chirurgien de Reims, nous démontrerons qu'en agissant à temps, il est possible de prévenir, dans une certaine mesure, l'évolution du cancer de l'estomac qui, presque sans exception, se développe sur les bords d'un ulcère simple ou dans un estomac atteint de gastrite chronique. »

Comme on le voit, Doyen n'hésite nullement dans ses affirmations. A l'appui de son dire, il a écrit un livre que je me permettrai d'apprécier au point de vue médical, laissant aux chirurgiens le soin de discuter la valeur des procédés de gastro-entérostomie qu'il propose. De plus, dans une des dernières séances de l'Académie (18 décembre), Doyen nous a montré un certain nombre de ses opérés.

Avant d'aborder les questions de pathologie et de physiologie que Doyen discute dans son livre, il est un point fort intéressant sur lequel il faut se mettre d'accord : c'est celui des rapports de l'estomac.

Il semblerait que l'anatomie des rapports, et en particulier ceux des viscères abdominaux, était un fait solidement établi et dont les bases étaient indiscutables. On verra qu'il n'en est rien.

Jusque dans ces vingt dernières années, tous nos traités classiques plaçaient l'estomac horizontal, et tandis que la petite courbure entourait la colonne vertébrale, la grande courbure, au contraire, reposait sur le côlon transverse. Pour que l'on juge bien de la disposition de cet estomac, je reproduis ici textuellement une gravure empruntée à l'ouvrage classique de Sappey (1). (Voir fig. 1.)

(1) Sappey, *Anatomie descriptive*, t. IV, quatrième édition, p. 155.

Tout autre est la disposition adoptée par Doyen et, pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur la figure 2, que je reproduis textuellement d'après les indications de l'auteur.

Ici, la petite courbure est absolument verticale et longe le bord gauche de la colonne vertébrale, tandis qu'au contraire

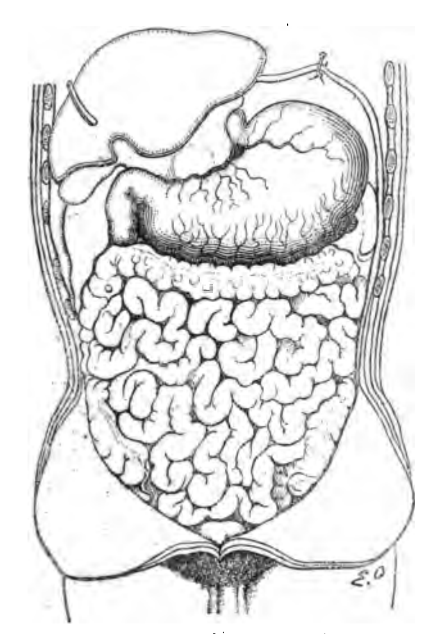


Fig. 1. — Rapport de l'estomac, d'après Sappey.

la grande courbure, presque verticale aussi, se logerait dans l'hypochondre gauche.

On voit aussi, d'après ce dessin, la disposition fort intéressante du duodénum, qui constitue un véritable U autour de la tête du pancréas, très analogue, par sa disposition, à ces siphons dont sont munis aujourd'hui tous nos tuyaux de décharge. Le pylore serait placé exactement devant le corps de la première lombaire, qu'il ne dépasserait pas.

Observons que les périodes de vacuité ou de plénitude de l'estomac font varier légèrement ces rapports, non pas pour le pylore, mais pour la partie inférieure de la grande courbure, qui tend alors à se distendre et à former une dilatation prépylorique qui prendra, dans le cas d'atonie de l'estomac ou de dilatation de l'organe, un développement considérable. On comprend alors que ce bas-fond de l'estomac, placé très

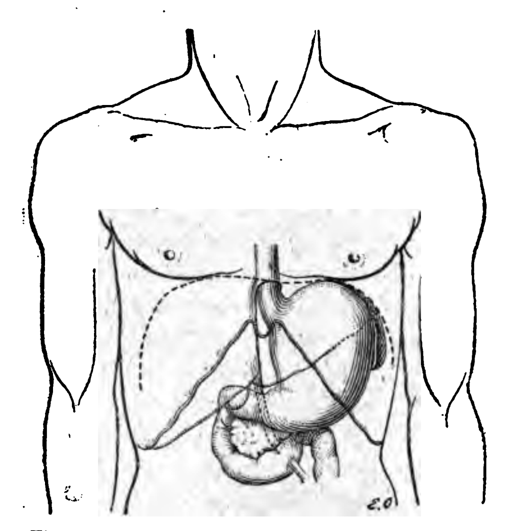


Fig. 2. — Rapport de l'estomac, d'après Doyen.

au-dessous de l'orifice pylorique, ne puisse se vider complètement, et l'on a alors quelque chose de très comparable au cul-de-sac de la vessie des vieux prostatiques.

Cette disposition de l'estomac est-elle adoptée de tous les chirurgiens ? Il semble que oui, et les coupes faites sur les sujets congelés donnent raison à cette manière de voir.

Nous en devons tirer, nous médecins, une conclusion intéressante : c'est que dans nos explorations à la recherche des cancers pyloriques, nous nous éloignons beaucoup trop

de la ligne médiane vers la droite, et nous avons toujours une tendance à rechercher ces tumeurs au niveau de la vésicule biliaire. C'est sur la ligne médiane que nos investigations doivent porter, et en articulier au niveau de la première lombaire.

Si j'ai peu de chose à dire au sujet des rapports de l'estomac, et si, sur ce point, je dois m'en rapporter aux anatomistes et aux chirurgiens, j'avoue que je ne puis artager entièrement les idées émises par Doyen sur la physiologie de l'estomac. Pour lui, le spasme du pylore constituerait la clef de voûte de la physiologie et de la pathologie stomacales. Toutes les fois que l'estomac reçoit des aliments, il se produirait un spasme du pylore, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que ce spasme, une fois vaincu, les aliments passeraient dans le duodénum. Lorsque ce spasme est trop prolongé, la stagnation des aliments se produit, et l'on voit survenir alors tous les symptômes propres à la dilatation et à la dyspepsie.

J'aurais voulu que le chirurgien de Reims nous donnât, à l'appui de son spasme, des expériences décisives. C'est ce qu'il n'a pas fait. Je crois qu'il est beaucoup plus simple d'admettre que, par la suite de la contraction des fibres stomacales, la grande courbure tend de plus en plus à s'effacer et le cul-de-sac prépylorique à disparaître, de telle sorte que l'estomac se transforme en un véritable tube qui continue d'une part l'œsophage et d'autre part le duodénum. Cette contraction se fait lentement ; elle est augmentée ou diminuée sous des influences multiples, mais le pylore et son sphincter n'y jouent en somme qu'un rôle secondaire. Mais arrivons au point capital, c'est-à-dire au résultat opératoire.

Mon départ dans le Midi ne m'a pas permis d'examiner aussi longuement que je l'eusse désiré les malades que Doyen a présentés à l'Académie. De plus, quoique certains de ses opérés le fussent depuis deux ans, les opérations sont trop

récentes et trop rares pour que nous puissions avoir sur leur résultat définitif des renseignements certains. Je crois, comme Doyen, que la création d'une bouche directe de l'estomac dans l'intestin doit soulager un très grand nombre de dyspeptiques. Ces derniers souffrent en effet dans les périodes de digestion et lors du séjour des aliments dans l'estomac. Que par la pensée ce séjour soit réduit à son minimum, on comprend immédiatement combien est grand le soulagement apporté à ces dyspeptiques. On transforme pour eux la digestion stomacale douloureuse en digestion intestinale, et on les rapproche assez de ces chats et de ces chiens opérés par Pachon et chez lesquels on a suturé directement l'œsophage au duodénum.

Outre le soulagement physique, il y a un grand soulagement moral; le dyspeptique, qui ne souffre plus de l'estomac, reprend sa gaieté, et c'est l'impression que m'ont produite les malades présentés par Doyen. Cependant, on est en droit de se demander si cette substitution de la digestion intestinale à la digestion stomacale n'aura pas, par la suite, des inconvénients ; je reconnais que, grâce au pancréas et à la bile, l'intestin suffit parfaitement à une digestion suffisante. Mais il peut survenir de la fatigue de l'intestin, de l'entérite, résultat de cet excès de travail digestif.

Chez les malades atteints d'ulcère simple de l'estomac, l'amélioration doit être rapide ; mais ce que je ne puis admettre complètement, c'est que désormais, grâce à la bouche gastro-intestinale, il n'y aura pas de récidive cancéreuse sur la cicatrice de l'ulcère. Souvent ces transformations se produisent très tardivement et, pour ma part, je connais trois observations d'ulcère simple de l'estomac qui ont succombé à des cancers, mais dix ans au moins après l'évolution de la première maladie, et comme les opérés de gastro-entérostomies ne le sont que depuis peu d'années, nous ne pouvons rien préjuger de l'avenir. Il en est de même du développe-

ment du cancer dans la gastrite chronique. Ces deux maladies peuvent évoluer séparément sans jamais se compliquer. Il y a des malades qui meurent avec de la gastrite sans présenter trace de cancer. Nous avons donc encore sur ce point des réserves à faire.

Mais c'est déjà beaucoup de pouvoir admettre qu'avec la gastro-entérostomie on puisse soulager et même guérir certaines formes chroniques rebelles et douloureuses des dyspepsies. Mais à quel prix cette amélioration peut-elle être obtenue? C'est ce qu'il me reste maintenant à considérer.

Lorsqu'on prend dans son ensemble la statistique des opérations pratiquées par les chirurgiens français et étrangers sur l'estomac pour des affections non cancéreuses, on voit qu'il y a eu 92 interventions avec 24 insuccès, ce qui donne une mortalité de 26 pour 100. Celle de Doyen est un peu plus élevée; il est intervenu dans 25 cas d'affections de l'estomac non cancéreuses, il a eu 7 morts, c'est-à-dire une mortalité de 28 pour 100. J'avoue que ces chiffres de 26 ou de 28 pour 100 ne me laissent pas sans inquiétude, et il est bien entendu que chez tous les malades atteints de dyspepsie qui réclament l'intervention chirurgicale, on ne doit pas leur laisser ignorer qu'un peu plus d'un quart des opérés peut succomber. Il est probable que, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode opératoire, cette mortalité tendra à décroître chaque jour.

Le bouton de Murphy, en permettant de pratiquer rapidement et sûrement, comme l'a montré Quénu, la gastro-entérostomie, doit augmenter considérablement les chances de guérison opératoire. Il paraît acquis que, dans les opérations de l'abdomen, plus est courte l'intervention chirurgicale, plus les chances d'éviter le shock sont grandes.

Malheureusement, ce que je redoute, c'est que nous allons voir se reproduire, pour les affections chroniques de

l'estomac, les mêmes abus que pour les affections utérines et péri-utérines.

Tous les neurasthéniques gastriques, et Dieu sait si le nombre en est grand, qui, après avoir parcouru les différentes stations thermales de l'Europe, consulté les cliniciens de tous les pays, n'ont pu trouver un soulagement à leurs maux, vont réclamer l'intervention chirurgicale, et pour quelques-uns qui seront soulagés, d'autres courront de grands dangers, sans obtenir la moindre amélioration. Ce serait là le plus grand malheur qui pût arriver à ces méthodes chirurgicales qui peuvent être utilisées; mais il faut tout d'abord, avec grand soin, nous efforcer de bien limiter dans quels cas la chirurgie peut intervenir avec succès. C'est là une œuvre importante, et qui mérite à la fois l'attention et des chirurgiens et des médecins.

Beaulieu, décembre 1894.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère ;

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

I

RÉSUMÉ DE PATHOGÉNIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pour expliquer la direction que nous donnons au traitement, il nous paraît indispensable de résumer les connaissances anatomiques et pathogéniques que nous avons acquises, et que nous exposons dans d'autres mémoires.

La cause des varices est ou une malformation héréditaire,

ou un traumatisme, ou une inflammation résultant d'une infection comme la phlegmatia ou enfin un vice du sang comme le rhumatisme et l'arthritisme. Dans tous les cas, la fatigue, qui produit de véritables attaques d'asystolie veineuse, est un agent invariable de dilatation variqueuse.

A la lésion primitive des veines s'ajoute la paralysie vasomotrice. Il existe aussi une dilatation active des vaisseaux qui produit des varices, par exemple dans la grossesse ou la menstruation.

Une fois le mal commencé, le processus de propagation est toujours le même. Il a pour agent le poids du sang qui presse sur les parois vasculaires plus ou moins altérées. Tout ce qui augmente la pesée du sang sur les veines, ou la durée de cette pression, favorise la rapidité de l'envahissement variqueux. C'est ainsi que les conditions sociales interviennent dans la pathogénie. Les professions qui condamnent à la station verticale, et surtout à la station prolongée, hâtent le développement du mal et devraient être interdites aux variqueux.

Si les veines sont obligées de supporter toute une journée la distension que leur cause une colonne sanguine non interrompue par des valvules, elles mettent en jeu tous leurs moyens de résistance, l'élasticité et la contraction de leurs parois, mais chaque soir les vaisseaux variqueux et les segments veineux proches voisins sont fatigués; leurs muscles sont impuissants. Ils ont une sorte d'attaque d'asystolie. Une partie de la nuit suffit d'abord à mettre tout en ordre, puis les muscles de la veine s'hypertrophient pour résister davantage ; mais cette hypertrophie compensatrice elle-même a des limites et devient insuffisante. Le vaisseau, distendu à son maximum, subit un écartement de ses valvules qui en amène l'insuffisance. Une nouvelle partie veineuse va supporter les effets du poids de la colonne sanguine.

Si le mal se localise, on voit se former les paquets variqueux, c'est le cas le plus simple; mais si la veine principale du membre est atteinte, il n'en est plus de même. Elle se distend de proche en proche jusqu'au pli de l'aine. Il ne reste plus à ce moment une seule valvule capable de fonctionner dans tout le membre; comme il n'en existe pas dans les veines cave, iliaque et fémorales qui se font suite jusqu'au cœur, la hauteur de la colonne sanguine qui passe au bas du membre se trouve brusquement augmentée. Elle mesure la distance du cœur au pied, c'est-à-dire 1 mètre de hauteur.

Les varices ont une marche envahissante. Le poids du sang ne cesse d'agir dans les varices, de même que dans les anévrismes, et c'est avec raison que le rapprochement entre les deux affections a été fait.

Car de même que dans la poche anévrismale, la marche envahissante est constante; de même, dans la veine variqueuse, la dilatation envahira de proche en proche, de valvule en valvule jusqu'au cœur d'une part, et jusqu'aux plus petites veines et aux plus fins capillaires de l'autre, et ces dernières lésions, quoique invisibles, ne sont pas les moins graves.

Toutes les valvules entre les varices et le cœur peuvent cesser de fonctionner. C'est là l'état le plus grave, car au poids mécanique du sang s'ajoute l'action dynamique du cœur; mais il faut bien remarquer que les valvules sont quelquefois sans altération, que leur non-fonctionnement résulte d'une distension des parois, qui ne leur permet plus de se rapprocher, et que si la veine cesse d'être distendue outre mesure, elles peuvent reprendre leur contact et leurs fonctions.

Les veines variqueuses n'ont d'abord que de l'hypertro-

phie musculaire compensatrice pour toute lésion ; puis leur *vasa vasorum* se dilatent, puis autour de ceux-ci commence la sclérose, puis la néoplasie conjonctive envahit les faisceaux musculaires et forme une myosite scléreuse.

C'est donc par la tunique moyenne que débute la lésion ; mais elle ne s'y localise pas, et la sclérose, qui est la suite de l'ectasie capillaire, se développe à la fois dans la tunique moyenne et la tunique externe.

La périphlébite ne tarde pas à devenir prédominante.

Les capillaires sont les agents de propagation de la sclérose, dans la continuité des veines et dans les tissus voisins. Des parois veineuses malades, les capillaires dilatés portent la sclérose aux tissus périphériques et y produisent l'induration.

Dans la peau, le reflux du sang détermine des œdèmes, des hypertrophies papillaires, des productions épithéliales irrégulières par excès ou insuffisance, de petites hémorragies interstitielles, des troubles des glandes sudoripares et sébacées. Œdèmes, troubles sécrétoires, foyers inflammatoires, tout cela mène à la dermite profonde ou à l'eczéma superficiel.

Dans les profondeurs du derme, le tissu fibreux épaissit, et, d'autre part, le réseau du tissu élastique semble rompu. Il paraît écarté en quelques points, ramassé en pelotons en d'autres endroits. Les muscles persistent, mais englobés dans l'induration. L'élasticité et la contractilité sont donc compromises.

Quand la lésion des capillaires n'a pas le temps d'aboutir à la sclérose, leur dilatation devient énorme ; les œdèmes, les hémorragies interstitielles sont très développés ; c'est une forme d'éléphantiasis qui siège à la fois dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les muscles, les nerfs peuvent être envahis par l'ectasie capillaire et la sclérose qu'elle apporte avec elle. C'est

aussi par un processus analogue que se forment les hyperostoses.

Si la névrite vient se surajouter à toutes les autres lésions, il ne faut pas lui attribuer le rôle le plus actif. Le trouble circulatoire prime tout.

Tout traitement qui s'opposera au reflux du sang dans les varices sera rationnel, et il agira du même coup sur les complications telles qu'ulcères ou eczéma qui en dépendent.

L'anatomie pathologique donne au chirurgien l'espérance de produire des améliorations à distance. Il ne se trouve pas dans la nécessité absolue de détruire toute l'étendue du mal, car il est permis d'espérer que des veines dilatées, encore à la période de l'hypertrophie compensatrice, reprendront leur état naturel ; que des veines présentant de la périphlébite pourront se guérir quand le choc rétrograde du sang sera supprimé, et d'autre part, en supprimant une veine malade, on anémie les capillaires qu'elle émet au loin, et l'on peut arrêter la sclérose et les troubles de nutrition.

L'ulcère survient au milieu de tissus sclérosés et œdématiés parcourus par les capillaires dilatés venant des veines variqueuses.

Toujours l'ulcère est situé sur le trajet d'une veine qui lui adhère et qui lui envoie ses capillaires anormaux. Ses bourgeons charnus, violacés, sont le siège de stases sanguines, d'œdème. L'ulcère peut venir à la suite de plaies, mais il succède aussi à de petites hémorragies insterstitielles spontanées, qui détachent l'épiderme et provoquent une petite escarre superficielle.

L'endophlébite est un phénomène tardif, une sorte de propagation de la sclérose péri-musculaire et péri-capillaire.

C'est l'état terminal et incurable de la lésion-variqueuse, car les plaques endophlébitiques rendent la veine incapable de revenir sur elle-même.

Il ne faut pas oublier que les varices agissent non seulement par sclérose, mais aussi par usure des tissus voisins.

Résumé des conditions d'un traitement rationnel. — Pour empêcher la propagation des varices, il n'y a que deux moyens : s'attaquer à la périphlébite, arrêter l'ectasie capillaire, en supprimer la source, traiter, quand on peut, la varice comme une tumeur localisée. C'est le moyen radical rationnel. Si c'est impossible à cause de la tension des varices, il faut diminuer l'afflux sanguin, en faisant des valvules artificielles, en détournant le cours du sang. C'est le moyen palliatif.

Pour guérir l'ulcère, il faut supprimer la veine nourricière à laquelle il adhère.

Dans tous les cas, guérir ce qui existe ne suffit pas. Il y a une deuxième partie du traitement, les moyens prophylactiques. Il faut rétablir l'élasticité et la contractilité des vaisseaux veineux et de la peau. Il faut supprimer la fatigue.

A l'heure actuelle, restent en présence pour le traitement des varices : le repos au lit, la compression, les injections coagulantes, les ligatures multiples, la ligature de Trendelenburg avec résection partielle, l'extirpation ou résection étendue.

Dans le traitement des ulcères, outre les moyens déjà spécialement appliqués aux varices simples, nous trouvons toute une collection de topiques : la greffe, l'incision circonférencielle.

Le repos, la guérison spontanée. — On ne connaît pas de guérison spontanée.

Compter sur la guérison pure et simple des varices par le repos serait se bercer d'un espoir irréalisable.

La guérison sans intervention succède le plus souvent à la phlébite adhésive, et il est remarquable qu'à la suite de cette oblitération veineuse l'induration cutanée ne disparaît pas, et que les varices peuvent même se reproduire.

J'ai observé une femme ainsi guérie, mais au prix d'une rétraction cicatricielle et d'un pied bot équin. Pendant dix ans, elle ne put marcher et resta sans varices et sans ulcère. Enfin, grâce à un traitement approprié, ténotomie, redressement sous le chloroforme, elle put reprendre le travail; mais au bout de quatre ans, à la suite de fatigues, l'ulcère reparut.

Il n'est pas rare de voir cette affection diminuer peu à peu avec l'âge. Elle finirait même par disparaître. C'est par cette parole consolante que se terminait jadis, en 1876, l'article sur les varices de Jamain et Terrier.

Il est vrai que les varices ont quelquefois disparu chez des vieillards, mais ce résultat était dû à la cessation de toute activité physique.

De même s'effaçaient les varices chez les hommes jeunes qui obtenaient la faveur d'un long séjour à l'hôpital. Rien d'étonnant à cela. Le repos a toujours été le meilleur remède contre les varices, et le travail a toujours été la cause des rechutes. Si la dilatation variqueuse ne guérit que lorsque l'homme est classé au rang des êtres incapables de gagner leur vie, le résultat est maigre, et la société surchargée d'infirmes.

La compression. — La compression des membres variqueux a donné de bons résultats. Sans amener la guérison, elle a prévenu les accidents et les complications. Elle supplée, dit Verneuil, à la contractilité et l'élasticité qui font défaut dans les veines.

Nous ajoutons qu'elle remplace aussi l'élasticité de la peau qui ne peut résister longtemps à la distension veineuse et disparaît devant l'envahissement des capillaires sclérogènes.

Elle limite la distension des téguments. Elle les protège en outre comme une cuirasse contre les chocs. Elle allège le membre en empêchant le sang d'y affluer.

On ne s'imagine pas la quantité de sang qui s'accumule dans un membre variqueux.

J'ai vu un boulanger variqueux dans ses deux membres inférieurs, qui avait des syncopes par anémie cérébrale lorsqu'il abandonnait ses bas élastiques. Je l'ai vu changer de couleur, pâlir et tomber en défaillance pendant que je l'examinais. Il est certain que sur les cinq litres de sang qui constituent la moyenne habituelle contenue dans les vaisseaux, un tiers peut-être de la quantité s'était précipité dans les veines, dont les parois n'avaient plus leur soutien habituel.

Les jambières de peau fine et souple employées dès l'antiquité, car on en trouve l'indication dans Avicenne, ont été remplacées par les tissus élastiques qui ont aujourd'hui la préférence.

Les bas à varices sont connus de tout le monde. Le caoutchouc en est le principal agent d'élasticité.

A côté de ces appareils contentifs bien faits, nous trouvons les bandes élastiques de caoutchouc ou de laine, ou même des bandes de toile comme agent de compression. Mais la compression qui n'est pas élastique ne remplit les indications que très imparfaitement.

Le bas à varices n'est utile que s'il conserve son élasticité. Il a besoin d'être bien fait et bien ajusté : trop serré, il est pénible ; trop large, il fait des plis et n'est pas utile.

Il a besoin d'être entretenu et renouvelé. Aussi, malgré son prix modique, son emploi devient impraticable pour

certaine catégorie de patients, et pour ceux précisément qui en ont le plus besoin, les pauvres.

L'avenir des variqueux. Traités par le repos et la compression. — Le repos et le bas élastique sauvent les malades aisés des progrès du mal et de ses complications, mais ils ne peuvent empêcher que les variqueux ainsi traités ne soient des infirmes toujours gênés dans la marche et la station debout, menacés de la phlébite et de la rupture variqueuse.

Malheureusement, ceux qui sont le plus souvent atteints par les varices sont les pauvres; exposés par profession aux fatigues, n'ayant pas plus les moyens de se donner du repos que de se payer un bas élastique, ils arriveront fatalement à l'impossibilité de travailler et à la misère.

Les varices leur paraissent pendant quelque temps être sans gravité. Elles déterminent une simple gêne. Tels sont les paquets variqueux.

Mais, en raison de la marche envahissante du mal, elles ne tardent pas à constituer une infirmité dont l'importance varie et qui peut aboutir à l'impotence complète des membres inférieurs. Tel est l'état des malades atteints de varices généralisées, d'ulcères récidivants ou incurables, de constrictions cicatricielles, de pieds bots par rétraction cicatricielle, d'éléphantiasis par compression ou par propagation.

Quelquefois enfin, mais rarement, elles peuvent causer la mort. Des lymphangites et des érysipèles graves peuvent résulter de l'absence de soins. La phlébite peut amener des embolies ou l'infection purulente. La rupture d'une veine peut produire une hémorragie foudroyante.

La gravité du pronostic dépend donc des soins que le malade se donne, et nous voulons le bien faire remarquer au point de vue des indications du traitement.

C'est pour les travailleurs de la classe pauvre une affection des plus terribles. Elle les réduit à l'impuissance et la misère sans abréger leur vie et diminuer leurs besoins, car tous les autres organes restent sains, et la terminaison mortelle est une véritable surprise.

Ils se traînent pendant des années d'hôpital en hôpital, sans y trouver jamais de guérison ou d'asile définitif.

Une telle situation légitime toutes les tentatives opératoires. Car si l'ulcère variqueux immobilise au lit pendant des mois et quelquefois des années, la faute en est à l'abandon où sont laissés ceux qui en sont atteints, et qui se considèrent comme incurables. Au contraire, si l'on fait luire à leurs yeux l'espoir d'une guérison, ils se soumettent sans hésiter à de pénibles opérations et les demandent avec instance.

II

DES OPÉRATIONS SUR LES VARICES.

Historique et indications. — Depuis l'époque la plus reculée, on a trouvé dans les varices et leurs complications les indications d'une intervention chirurgicale. Avant tout, c'est l'ulcère variqueux qui attire l'attention. Hippocrate cherchait à dégorger les veines variqueuses pour empêcher l'afflux du sang, qui retardait la guérison des ulcères. Galien et tous les auteurs après lui répétèrent sous différentes formes la même idée. Il faut guérir les varices pour guérir l'ulcère qui en reçoit le sang.

Ambroise Paré ajoute avec juste raison à ces indications primitives la menace de *rupture* des veines distendues.

Avec J.-L. Petit, la *douleur*, la *difformité*, l'*inflammation* ou l'*incommodité* des paquets variqueux parurent suffisantes pour risquer une opération; mais une telle hardiesse ne pouvait convenir qu'à des chirurgiens heureux. Aussi les indications ont-elles été restreintes quand l'intervention a

donné lieu à des accidents; aussi les méthodes timides, sans ouverture du vaisseau : « ligatures multiples, ligatures sans dénudation, par transfixion cutanée, ligatures sur une ou plusieurs épingles passées sous le vaisseau ou à travers lui, destruction des varices par les caustiques à travers la peau, coagulation du sang par injection intra-veineuse, etc., » toutes ces méthodes ont-elles été plus fréquemment employées que l'opération sanglante.

Et cependant, malgré la sécurité qu'elles paraissent donner, nous trouvons toujours chez les opérateurs une tendance à limiter leur emploi. Bonnet, de Lyon, qui employait la potasse caustique, la réservait aux cas d'ulcères rebelles et de vives douleurs. Les recherches sur l'infection purulente et sur les inflammations des veines, survenues malgré toutes les précautions de l'époque, avaient semé l'inquiétude.

On aurait pu croire que la douleur de l'opération, comme au temps du proconsul romain C. Marius, avait fait reculer bon nombre d'opérés et d'opérateurs ; mais lorsque, après, l'anesthésie fut employée, vers 1846, la douleur de l'opération ne pouvait plus entrer en ligne de compte. Cependant c'est l'époque où le traitement chirurgical des varices fut plus que jamais abandonné.

Aux contre-indications tirées du danger de l'opération s'ajoutent des recherches qui en prouvent l'inutilité.

C'est à tort qu'on attaque les varices superficielles.

Toute varice superficielle est accompagnée de varices profondes. L'affection variqueuse débute habituellement par les vaisseaux profonds du membre.

Si l'on supprime assez facilement les superficielles, on est obligé d'abandonner les profondes.

Appuyées par la haute autorité de Verneuil, ces conclusions furent acceptées sans conteste, érigées en lois, et arrêtèrent les tentatives des chirurgiens.

Un peu plus tard s'ajouta à ces contre-indications la renaissance des théories humorales de l'époque hippocratique.

Les lésions variqueuses dépendent d'un état général, d'une diathèse.

Si l'on parvient à détruire les vaisseaux malades, on ne supprime pas pour cela la diathèse qui se manifestera par l'altération de nouveaux vaisseaux. C'est là ce qui nous explique le retard des chirurgiens français.

Lorsque l'emploi de l'antisepsie eut rendu les opérateurs plus confiants et écarté les dangers d'infection qui rendaient jusqu'alors si redoutables les opérations des veines, le nombre des opérations se multiplie rapidement.

Voici, classée par années, une liste des opérateurs :

1875. — Davies Calley, Marshall, Steele, Farrant, Fry, Lucas-Championnière, Rigaud.

1877. — Starke, Schede, Risel.

1879. — Annandale.

1883. — Mari.

1884. — Medini, Madelung, Weinlechner.

1885. — Lebrun.

1886. — Kendal, Franks,

1889. — Petterson, Bennet, Phelps.

1890. — Montaz, Trendelenburg.

Le succès opératoire n'est plus douteux. Le traitement chirurgical des varices devient une affaire courante, mais presque tous ces noms sont étrangers.

Les chirurgiens français, Lucas-Championnière excepté, étaient hostiles à ce genre d'intervention.

Longtemps après le début de la période antiseptique, en 1883, une thèse de Paris (1), inspirée par Duret, professeur

(1) Verdier.

à Lille, rappelait encore le danger des blessures, et même de la simple dénudation des veines.

En 1885, Schwartz, chirurgien des hôpitaux, agrégé, chargé de la rédaction de l'article VARICES dans le *Dictionnaire de médecine*, après avoir analysé, résumé et apprécié les travaux étrangers, donnait l'opinion courante des chirurgiens français en rejetant l'intervention sur les veines, excepté dans quelques cas très limités. En 1886, mêmes conclusions dans le *Dictionnaire encyclopédique*, par Rochard.

En 1890, Quénu, dans le *Traité de chirurgie* du professeur J. Duplay, résumé presque officiel de l'état de la chirurgie en France, discute cette intervention comme n'ayant pas fait ses preuves, et la même année, Ricard, dans la *Gazette des hôpitaux*, à propos de guérison de varices par les ligatures multiples annoncées par Montaz, de Grenoble (1), considère la cure radicale comme étant peu probable, et recommande de n'opérer que des cas très peu nombreux.

C'est en 1886 que commence la réaction contre l'inertie, jusqu'alors observée par nos compatriotes dans le traitement des varices.

Schwartz, malgré son article du *Dictionnaire*, a tenté l'extirpation avec ligatures pour des varices déterminant d'intolérables douleurs. Il en annonce brièvement le résultat à la Société de chirurgie.

En 1890, Montaz rend compte du succès de ses ligatures.

En 1891, Cerné envoie une observation à la Société de chirurgie. Dans le but de guérir un ulcère variqueux, il enleva un paquet de veines derrière le condyle interne, et une grosse veine flexueuse située en arrière de la plaque ulcérée. Sa malade guérit en trois semaines, et il la revit trois mois après l'opération. Il propose donc d'opérer plus fréquemment et de suivre les traces des chirurgiens étrangers.

---

(1) *Dauphiné médical*, 1890.

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport, Lucas-Championnière, Reynier et Schwartz se montrèrent seuls partisans de la résection.

Le rapporteur, Quénu, déclare que la question ne lui paraît pas encore assez documentée pour qu'il se prononce sur la valeur des opérations. Il n'a pas assez d'observations avec des résultats éloignés. Elles manquent aussi bien dans la littérature étrangère que dans la nôtre. Cependant, il ne s'obstine pas à rejeter cette opération, car il l'a pratiquée quatre fois. Il limite les indications des interventions à un très petit nombre de cas. Du reste, ses résultats n'ont pas toujours été bien encourageants. Un de ses opérés portait un ulcère de la face EXTERNE de la jambe ; il lui résèque la saphène interne, mais le gonflement et l'ulcère reparurent deux mois après.

Néanmoins, nous le rangeons parmi les partisans de la résection curatrice, car s'il n'enlève pas les varices superficielles, il va chercher les varices du tronc du nerf sciatique pour guérir les névralgies (1).

Reynier a plusieurs fois eu recours à l'excision des varices. Trois fois surtout il en a obtenu une réelle amélioration. Un de ses malades, opéré il y a quatre ans, a été revu au bout d'un an en bon état; deux autres, dont une infirmière du service de M. Reynier, ne sont opérés que depuis quelques mois.

L'amélioration fonctionnelle est considérable, mais M. Reynier est le premier à reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'un traitement radical, car les varices ont diminué mais n'ont pas disparu.

M. Lucas-Championnière a, depuis bien des années, recours parfois à la ligature des veines variqueuses, avec de bons résultats. En 1875, notamment, il a, dans un cas grave, fait

(1) Congrès de chirurgie, 1892.

des ligatures veineuses multiples à un homme qui, pendant dix ans, est resté guéri ; puis est survenue une récidive, traitée avec succès de la même manière. Depuis, le sujet a été perdu de vue. Il y a donc bénéfice réel, mais non point cure radicale.

M. Schwartz donne des nouvelles récentes d'un des opérés dont il a parlé dans l'avant-dernière séance, à qui il avait fait quatre ligatures de la saphène avec résections de tronc volumineux, et chez qui l'amélioration des varices et la cicatrisation de l'ulcère persistent.

La même année (1892), Schwartz publie de nouveaux cas dans la thèse de Charrade. Il combine la ligature et la résection, mais préfère celle-ci. Ricard accepte l'opération et en donne quelques cas dans la thèse d'Archambaud. Enfin nous-même nous faisons connaître au Congrès de chirurgie les résultats tant immédiats qu'éloignés de plus de cinquante opérations personnelles.

En 1893, paraît une nouvelle communication de Reynier.

En 1894, une clinique du professeur Tillaux qui accepte l'opération et discute les lois de Verneuil.

Depuis 1890, une nouvelle formule d'indication a fait son apparition : la dilatation du tronc de la saphène interne, qui indique que l'envahissement du mal a atteint ses dernières limites, que les varices communiquent avec le cœur, et qu'il est urgent de rétablir une barrière entre le cœur et le membre variqueux.

Le mérite en revient à Trendelenburg. Il écrit en 1890 (1) un mémoire remarquable dans lequel il démontre, par des expériences simples, la communication du cœur et des varices superficielles, et la lenteur du reflux du sang quand il est obligé de passer par les voies profondes. Il renverse

(1) *Beitrag f. klin. Chirurgie.* Tubingen, 1890.

ce qu'avaient d'exagéré les théories de Verneuil sur le rôle des veines profondes dans les varices. Son travail est exposé par la thèse de Charrade. Son procédé est employé par Reynier, par Tillaux.

Les documents qui suivent sont la reproduction : 1° d'une communication de notre collègue et ami le docteur Reynier ; 2° d'une leçon magistrale du professeur Tillaux. Elles donnent la note exacte de l'opinion courante des chirurgiens français, et la valeur de la méthode de Trendelenburg.

Résection de la veine saphène pour varices volumineuses (Société de médecine et de chirurgie pratiques, séance du 4 février 1893). — M. Reynier. Je désire présenter à la Société un malade auquel j'ai réséqué une partie de la veine saphène pour des varices volumineuses.

Cette opération n'est pas nouvelle, tant s'en faut, mais elle entraînait, avant l'antisepsie, des complications graves, et l'on y renonça. Depuis l'antisepsie, certains chirurgiens y sont revenus, presque sans danger et souvent avec avantage ; mon opéré en est un exemple.

C'est Trendelenburg qui a remis cette intervention en honneur en la faisant pratiquer sur lui-même pour des varices énormes, qui lui rendaient presque impossible le travail de la chirurgie. Il avait remarqué que, lorsqu'on tient élevé un membre variqueux, les veines se dégonflent, et que si, à ce moment, on fait un peu de compression méthodique, on peut, ensuite, laisser retomber le membre sans que la tuméfaction veineuse se reproduise immédiatement.

La constatation de ces faits a servi de base au procédé opératoire qu'il a indiqué et qu'il a expérimenté tout d'abord sur lui-même. Après élévation et compression de la jambe variqueuse, on lui réséqua 5 à 6 centimètres de la veine saphène. Le résultat fut excellent. C'est du reste de son assistant que je tiens les détails du fait.

Depuis, un certain nombre de résections de ce genre ont été pratiquées par Quénu, Remy, Schwartz. J'en ai fait, de mon côté, quatre ou cinq et avec de bons résultats.

Chez le malade que je présente, ces résultats ont été relativement si bons, que, six mois après la première opération, il m'a demandé de lui en faire une seconde sur l'autre jambe. Et cependant, il n'avait pas eu les moyens de se procurer un bas élastique, attendu que l'opération ne donne pas une cure radicale, mais simplement une cure relative.

M. Ricard. Dans le courant de 1890-1891, j'ai fait, à l'hôpital Saint-Antoine, une dizaine de résections de la saphène pour varices volumineuses. Comme l'a dit M. Reynier, l'antisepsie a rendu absolument innocente cette opération jadis très dangereuse, mais je n'ai pas eu autant de satisfaction que lui au point de vue du rendement.

L'amélioration, dans bien des cas, m'a paru devoir être reportée, pour une large part, au repos au lit.

Bref, je serais beaucoup plus réservé aujourd'hui qu'à l'origine, et je limiterais strictement l'indication aux varices très volumineuses et, de plus, extrêmement douloureuses. Dans ce dernier cas, en effet, le résultat est plus satisfaisant, parce qu'on supprime, avec un tronçon de la veine, quelques filets nerveux comprimés. Quénu et Schwartz, du reste, ont abouti aux conclusions que je viens d'indiquer.

M. Reynier. Je demanderai à M. Ricard s'il a revu ses malades cinq ou six mois après l'opération.

M. Ricard. Non, je les ai perdus de vue beaucoup plus tôt.

M. Reynier. Eh bien, c'est précisément parce que j'ai revu les miens cinq à six mois après l'intervention que j'en suis, jusqu'à nouvel ordre, très partisan. Sans cela, leurs résultats immédiats ne m'ont pas semblé plus merveilleux qu'à M. Ricard.

Comme à lui, ils me paraissaient pouvoir s'expliquer en grande partie par le repos au lit qu'entraîne l'opération ; mais ce qui m'a frappé, ce sont les résultats éloignés. Néanmoins, il va de soi que je ne conseille pas l'opération pour des cas légers.

M. Diamantberger. A l'appui de ce que vient de dire M. Reynier des résultats tardifs de la résection veineuse, j'ajouterai qu'une de mes clientes a été opérée, il y a environ un an, par M. Remy, pour des varices qui avaient abouti à un gros ulcère variqueux. Or, jusqu'à ce jour, l'ulcère n'a pas reparu et la malade va très bien.

Traitement chirurgical des varices (hôpital de la Charité), Dr Tillaux (1). — Sans doute, la théorie de M. Verneuil s'applique à nombre de cas, mais elle est infirmée par d'autres, en particulier par ce fait que les varices superficielles peuvent exister isolément en l'absence de toute lésion des veines profondes.

Trendelenburg a étudié la question en 1890; il a émis une théorie qui, loin de conduire à l'abstention, aboutit, au contraire, au traitement chirurgical.

D'après lui, les accidents des varices tiennent surtout aux varices superficielles et presque uniquement à l'ectasie de la saphène interne. Sous l'influence de la dilatation de la saphène interne, les valvules se trouvent forcées, et alors, la veine saphène interne communiquant directement avec la fémorale, la veine cave et le cœur droit, la colonne veineuse pèse de tout son poids sur ses extrémités radiculaires ; il se fait même un reflux du sang qui, pressant sur les vaisseaux capillaires, amène des troubles de nutrition. Cette théorie, basée sur des expériences, conduit à un traitement rationnel appliqué avec succès par Trendelenburg lui-même.

La question est entrée dans une voie nouvelle. Un chirurgien prudent est-il autorisé à pratiquer des interventions chirurgicales sur un malade atteint de varices compliquées d'accidents? Pour ma part, j'avais jusqu'alors répondu par la négative, et dans mon cours à la Faculté (1891), je repoussais encore d'une façon générale cette méthode de traitement et lui reconnaissais seulement des indications exceptionnelles.

---

(1) Leçon recueillie par P. Thiery, chef de clinique chirurgicale, publiée dans la *Tribune médicale*, 15 février 1894.

M. O. Witzel, assistant de Trendelenburg, qui assistait à ma leçon, vint m'affirmer qu'on pouvait obtenir les meilleurs résultats, et que son maître, en particulier, en avait retiré les plus grands bénéfices, à tel point qu'il avait pu reprendre un service que des varices douloureuses ne lui avaient pas permis de continuer. Quel est le traitement chirurgical rationnel des varices des jambes ? Il faut renoncer aux injections intraveineuses, aux ligatures sous-cutanées ; il faut aborder franchement la saphène interne. Il existe deux méthodes : l'*excision* et l'*incision*. L'excision elle-même peut être *totale* ou *partielle*. L'excision totale répond à une théorie fausse, et Mickulicz l'avait préconisée ; mais l'opération est laborieuse, et l'on n'a pas la prétention d'extirper toujours toutes les varices, puisqu'il y en a souvent de profondes, comme l'a montré M. Verneuil.

Si l'on s'en rapporte à la théorie de Trendelenburg, le but doit être d'interrompre uniquement la colonne sanguine contenue dans la saphène interne, et pour cela il n'est pas nécessaire de faire l'excision totale. L'excision partielle ou l'incision suffisent.

On peut même faire une simple ligature, unique ou multiple. La ligature simple, suivie d'incision ou non, peut réussir, mais il a été démontré que la circulation peut se rétablir, et la ligature simple n'est pas suffisante. L'excision, un peu large pour se mettre à l'abri de la récidive, me paraît préférable à l'incision. Il faut mettre à découvert, en un point très apparent, la veine saphène interne, et en réséquer un segment suffisant pour être certain que la circulation ne pourra se rétablir.

Pourquoi vais-je opérer ce malade ? J'ai pour cela deux motifs autres que l'exemple déjà probant et les résultats obtenus par MM. Reynier et Rémy, très partisans de cette opération. Il faut intervenir quand le mollet est souple, quand il n'y a vraisemblablement pas de varices profondes.

Notre malade est un garçon de vingt-huit ans ; nous allons le guérir, il sortira de l'hôpital, puis aura la récidive fatale ; le traitement chirurgical peut au contraire assurer une guérison durable.

L'ulcère guérit-il plus vite après l'incision ou faut-il attribuer sa guérison au repos prolongé de l'opéré? Je ne sais, mais il semble très probable que le malade est mis par l'opération à l'abri du retour des accidents, et c'est pour cela surtout que je vais intervenir. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Sur la manière de pratiquer les cautérisations dans le traitement de l'ophtalmie purulente ;

Par le docteur Ch. Abadie.

Le traitement de l'ophtalmie purulente est aujourd'hui solidement établi. Dans des articles déjà parus, dans des discussions devant la Société française d'ophtalmologie, je n'ai cessé de dire combien il fallait se méfier des antiseptiques les plus variés qu'à tout bout de champ on cherchait à substituer au traitement classique, c'est-à-dire aux cautérisations de la muqueuse conjonctivale avec le nitrate d'argent.

J'ai signalé les désastres qui ont eu lieu parfois quand, cherchant par trop à innover, on a voulu soigner les malades par de simples lavages antiseptiques, sans recourir au nitrate d'argent.

De temps à autre, cependant, quelques observations paraissent dans les recueils spéciaux, qui sembleraient faire croire que le nitrate d'argent a été infidèle, et que, malgré les cautérisations biquotidiennes avec une solution concentrée à 3 pour 100 employées d'ordinaire, les cornées n'ont pu être sauvées. J'ai toujours suspecté que, dans ces prétendus cas d'insuccès, ou bien le diagnostic n'avait pas été sûrement posé, ou bien le traitement n'avait pas été convenablement appliqué.

Je viens d'observer coup sur coup deux cas qui semblent justifier cette manière de voir, et qui démontrent jusqu'à l'évidence qu'il ne s'agit pas seulement de faire des cautérisations, mais qu'il faut *les bien faire* pour assurer le succès du traitement.

Je suis appelé en ville en consultation pour voir Mme ***, que son médecin considérait comme atteinte de conjonctivite catarrhale intense, et qu'il soignait depuis quarante-huit heures par des instillations de nitrate d'argent. Je n'ai aucune peine à diagnostiquer immédiatement une ophtalmie blennorragique : écoulement purulent jaunâtre, épais, abondant, gonflement de la paupière supérieure, chémosis dur, violacé. La cornée était encore intacte et transparente.

Sans perdre une minute, je propose de cautériser avec une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100. La malade, très nerveuse, très capricieuse, maîtresse absolue de son entourage, s'y résigne difficilement. Pourtant, quand je lui annonce carrément qu'un jour d'hésitation et de retard peut entraîner la fonte purulente de l'œil, la rendre borgne et la défigurer à jamais, elle y consent. Je la fais alors solidement tenir par quatre aides et, pendant qu'elle se débat en poussant des cris épouvantables, je retourne complètement la paupière supérieure, je mets à nu le cul-de-sac supérieur et je cautérise vigoureusement en passant à deux ou trois reprises un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100.

Immédiatement après, compresses froides d'une solution boriquée. Je recommande, comme l'a conseillé Burchardt, de faire toutes les heures une irrigation entre les paupières avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 1000.

Cette cautérisation avait été faite le matin à 9 heures. J'en propose une autre pour le soir. A peu de chose près, même scène, même répétition que le matin ; je suis obligé de recourir à quatre aides et de déployer beaucoup d'éner-

gie pour arriver à cautériser aussi sérieusement que le matin.

Le lendemain matin, l'amélioration est déjà considérable; la sécrétion a diminué, de jaunâtre elle est devenue blanchâtre. La paupière supérieure est plus souple, l'œil commence à s'entr'ouvrir. La cautérisation est acceptée plus facilement, je la fais un peu moins énergique. Le soir, nouvelle cautérisation; le mieux s'accentue.

Le surlendemain, il est incontestable qu'on est maître de la situation, que tout danger est définitivement écarté, à tel point que mon confrère croit pouvoir se passer de mon aide et se charge de faire lui-même les cautérisations. Nous convenons de réduire à 2 pour 100 le titre de la solution. Je lui recommande bien expressément d'atteindre coûte que coûte, avec le pinceau, le cul-de-sac supérieur de la conjonctive. Les lavages avec une solution de nitrate à 1 pour 1000 étant mal supportés, nous les remplaçons par le permanganate de potasse à 1 pour 2000.

Trois jours après, on revient me chercher parce que, paraît-il, tout ne va pas pour le mieux.

Je trouve, en effet, une recrudescence énorme ; la suppuration est très abondante, jaunâtre ; le chémosis bulbaire a augmenté et la partie supérieure de la cornée commence à s'ulcérer.

La cause de cette aggravation n'est pas difficile à découvrir; la malade, qui se laissait cautériser par moi quand j'employais presque la violence, avait recommencé à se défendre, et les cautérisations, faites plus timidement, la paupière supérieure à peine retournée, n'atteignaient pas le cul-de-sac supérieur.

Il fallut reprendre le traitement avec une nouvelle énergie. La suppuration était devenue si abondante, que je fus obligé, pour la réprimer, de pratiquer pendant deux jours des cautérisations toutes les huit heures.

On devine au prix de quelles difficultés, de quelles souffrances, alors que la cornée ulcérée s'était perforée et que le moindre attouchement était douloureux. Pourtant, grâce à cette reprise énergique du traitement, je pus sauver ce qui restait de cornée transparente. La malade en fut quitte avec un leucome partiel et enclavement irien qui a réclamé plus tard une iridectomie. Mais, finalement, elle n'a pas été défigurée, et elle possède encore une assez bonne vision de cet œil.

Un second cas bien démonstratif que j'ai observé récemment est le suivant : un confrère des environs de Paris m'adresse un enfant de sa clientèle, atteint depuis huit jours d'ophtalmie purulente, en me disant : « Depuis le début de la maladie, je fais régulièrement des cautérisations avec une solution à 2 pour 100 de nitrate d'argent, deux fois par jour, et néanmoins la situation s'aggrave ; une cornée est déjà complètement perforée et l'autre s'ulcère. »

En effet, je constate des désordres graves ; néanmoins, je juge à propos de continuer le traitement, en y appliquant encore plus de soins. Voulant retourner les paupières supérieures pour pratiquer moi-même la cautérisation, j'ai toutes les peines du monde à y parvenir, tant la fente palpébrale est étroite. Je pus me convaincre ainsi qu'on faisait des cautérisations tout à fait illusoires, n'atteignant pas le cul-de-sac supérieur, absolument impossible à mettre à nu.

Je me décidai alors à fendre largement la commissure externe de chaque côté. Dès lors, le renversement de la paupière supérieure put être fait d'une manière complète, les cautérisations portèrent réellement sur le cul-de-sac conjonctival supérieur et la suppuration s'arrêta net. Malheureusement il existait déjà une double perforation et une portion seulement de tissu cornéen put être sauvée. Il était de toute évidence que si les premiers jours on avait sans hésiter fendu la commissure et rendu possible la cautérisation du cul-de-

sac supérieur, les cornées auraient été intégralement conservées.

Ces observations cliniques me paraissent démontrer clairement que la manière de faire les cautérisations joue un grand rôle dans le traitement de l'ophtalmie purulente. La mise à nu du cul-de-sac supérieur est indispensable et doit être obtenue par tous les moyens possibles.

Si les paupières sont souples, se retournent facilement, si la fente palpébrale est large, la manœuvre est aisée et à la portée de tous les médecins. Mais si, par indocilité du malade, ou par obstacle mécanique, étroitesse de la fente palpébrale, rigidité des paupières, la cautérisation du cul-de-sac supérieur n'est plus possible, il ne faudra pas se contenter d'une cautérisation par à peu près, sinon on perdra la partie. Si le malade est par trop pusillanime, on emploiera le chloroforme. Si la fente palpébrale est par trop rétrécie, elle sera fendue largement au niveau de la commissure externe, afin de se donner du jour.

Je ferai remarquer en outre que l'emploi des irrigations, des lavages, soit avec des solutions faibles de permanganate de potasse, soit avec des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 1 000 (Burchardt), n'ont qu'une influence tout à fait contestable, en tout cas fort secondaire, dans la véritable ophtalmie purulente. Chez ma première malade, on en a usé et abusé, et sûrement, malgré cela, une catastrophe complète n'a été évitée que par la reprise régulière de cautérisations bien faites avec une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

Par le docteur G. BOEHLER.

Publications allemandes. — Sur quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'estomac. — Emploi thérapeutique des sels de strontiane. — Sur l'action thérapeutique des feuilles et de l'écorce du djamboé. — Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis. — Le seigle ergoté contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Emploi de l'opium dans le traitement des rétrécissements du larynx. — Action du sulfonal, du trional et du tétronal.

Sur quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'estomac, par le docteur Rosenheim (*Centralbl. f. Therapie*, 1894, nº 7). — Dans les affections chroniques de l'estomac, M. Rosenheim a expérimenté les médications suivantes :

Douche stomacale. — Il ne faut pas confondre la douche stomacale avec le simple lavage de l'estomac. Pour la douche, l'auteur emploie un tube muni à son extrémité libre d'un grand nombre de petits orifices de 1 à 2 millimètres de diamètre et d'un orifice terminal de 3 à 4 millimètres de diamètre. Lorsque l'eau passe dans ce tube sous une certaine pression, elle jaillit en jets fins par les petits orifices, et vient en contact avec toute la surface de l'estomac. L'orifice terminal sert à l'écoulement du liquide, et comme cet orifice est relativement considérable, il facilite la sortie des débris alimentaires.

Ces douches sont administrées soit le matin à eun, soit trois à quatre heures après le déjeuner. A chaque séance, on fait de cinq à sept injections. Lorsqu'on veut obtenir des effets sédatifs, on emploie de l'eau dont la température varie entre 38 et 44 degrés. Dans certains cas, on injecte des solutions médicamenteuses : solution de chlorure de sodium, eau chargée d'acide carbonique, eau chloroformée (50 à 60 grammes par litre), solution de nitrate d'argent au millième.

Ces douches donnent de bons résultats dans la dyspepsie nerveuse avec ou sans accidents de neurasthénie, dans le catarrhe chronique de l'estomac avec ou sans diminution de l'énergie motrice, dans les cas de gastralgie, de gastrorrhée, etc.

Au moyen de ces douches, les troubles sensitifs d'intensité moyenne sont rapidement atténués. Mais le succès est plus incertain lorsque les douleurs sont très vives et développées sur un terrain hystérique ou neurasthénique.

Lorsque les fonctions motrices sont altérées, qu'il s'agisse d'une atonie simple de l'estomac ou d'une ectasie gastrique, la douche se montre d'une efficacité remarquable. Les résultats sont moins satisfaisants lorsque l'ectasie gastrique est sous la dépendance d'un rétrécissement du pylore, ou lorsque l'estomac est le siège de fermentations anormales d'une grande intensité. La douche simple ne modifie pas l'activité sécrétoire de l'estomac. Par contre, la douche d'eau salée augmente la sécrétion chlorhydrique; le contraire a lieu quand on emploie des solutions de nitrate d'argent.

Traitement électrique. — Les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac d'une part, et les troubles irrritatifs d'autre part, peuvent être influencés avec les deux variétés de courants appliqués par voie extra ou par voie intraventriculaire. Mais jusqu'ici on n'a pas posé d'une façon précise les indications à l'emploi de l'électricité dans les cas d'affections chroniques de l'estomac. En thèse générale, c'est la galvanisation qu'on emploie de préférence contre les troubles sensitifs, et la faradisation contre les troubles moteurs. Cependant, il résulte des expériences d'Einhorn que le courant faradique active la sécrétion gastrique, tandis que le courant galvanique produit l'effet inverse.

L'application intraventriculaire de l'électricité possède des avantages incontestables sur l'application extraventriculaire. Pour pratiquer l'électrisation intraventriculaire, M. Rosenheim se sert, à l'exemple d'Ewald, d'une sonde stomacale molle, mince, garnie de fils de fer conducteurs, se terminant par un bouton ovalaire

en ivoire percé d'un certain nombre de trous, et dans lequel se trouve consolidé le bout de l'électrode, de telle sorte que celle-ci ne peut venir en contact direct avec la muqueuse de l'estomac. Avant l'introduction de la sonde, le malade avale un ou deux verres d'eau tiède. Chaque séance dure de cinq à dix minutes. Une électrode plate est appliquée soit sur la région de l'estomac, soit sur la partie inférieure du dos. Grâce à ces dispositions, on peut à volonté galvaniser ou faradiser directement la partie stomacale.

Dans le cas de troubles sécrétoires (hyperacidité, gastrorrhée, hypoacidité nerveuse, catarrhe gastrique léger), l'électrisation est moins favorable que la douche stomacale. Dans les cas d'insuffisance motrice, l'électrisation donne des résultats satisfaisants. Il semble que, dans ces cas de troubles moteurs, la galvanisation soit préférable à la faradisation, surtout quand on emploie des courants intenses avec des interversions fréquentes.

Le traitement électrique est surtout efficace contre les troubles sensitifs d'ordre irritatif; dans ces cas, la galvanisation avec pôle négatif dans l'estomac doit être préférée à la faradisation. Ce même procédé de traitement est indiqué contre l'atonie intestinale et dans les cas de paralysie aiguë, aboutissant aux accidents de l'ileus.

Bismuth. — Pour M. Rosenheim, aucun médicament n'est supérieur au bismuth, dans les cas d'ulcère simple de l'estomac. Ces malades doivent prendre le matin à jeun, au lit, 200 grammes d'eau tiède tenant en suspension 10 grammes de sous-nitrate de bismuth. Cette médication, non seulement calme les douleurs, mais excite, en outre, très vivement la sécrétion du mucus, tout en restreignant la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Le malade, après l'ingestion du bismuth, doit rester couché sur le dos pendant une heure, le bassin relevé à l'aide d'un oreiller, car le siège habituel de l'ulcère se trouve être à la paroi postérieure de l'estomac, à la petite courbure et à la région pylorique. Le régime lacté est toujours indiqué dans ces cas. Les malades

s'abstiendront d'aliments irritants et surtout d'alcool. Les petits repas répétés sont préférables aux repas copieux espacés. Pendant la nuit, application de compresses mouillées sur le ventre. Le bismuth doit être administré pendant douze jours consécutifs ; on recommencera ensuite après une interruption de quelques jours, si les malades sont repris de leurs douleurs.

Cure d'huile. — Il s'agit de lavements que le malade prendra couché sur le dos, le siège relevé à l'aide d'un traversin, et qui doivent être préparés de préférence avec de l'huile d'olive très fine. Cette huile, en quantité de 400 à 500 grammes, portée à la température du corps, doit être injectée dans le rectum, sous une pression modérée (50 centimètres de hauteur). On emploiera un irrigateur gradué, muni d'un embout en caoutchouc durci, en os ou en verre, d'une longueur de 10 centimètres, et terminé par une olive arrondie de l'épaisseur du doigt.

Ces lavements sont indiqués dans tous les cas où il existe une stagnation des matières fécales remontant jusqu'au cæcum, et principalement lorsque le malade accuse des coliques, est atteint d'une inflammation du gros intestin, proctite, colite, typhlite, dysenterie chronique. Ils sont contre-indiqués lorsqu'il existe des troubles moteurs du gros intestin d'ordre irritatif.

Les lavements d'huile sont particulièrement utiles dans les cas où les laxatifs ne peuvent être administrés, puis chez les anémiques, les sujets débilités. On doit répéter les lavements tous les jours, jusqu'à ce qu'on ait l'assurance que l'action du liquide injecté s'exerce jusque sur le cæcum, que le traitement produit son effet maximum, c'est-à-dire provoque des selles liquides contenant de la bile. Chez les malades alités, le lavement doit être administré le matin ; lorsque le sujet vaque à ses occupations, il est préférable de le donner le soir, car le malade doit rester dans le décubitus dorsal pendant une demi-heure au moins.

En résumé, les lavements d'huile sont un remède souverain contre la constipation spasmodique ; ils ne constituent qu'un simple adjuvant dans le traitement de la constipation atonique.

laquelle exige, en outre, l'électrisation et l'application de compresses mouillées.

Emploi thérapeutique des sels de strontiane, par le docteur A. Ried (*Weiner med. Wochenschrift*, n° 17, 1894). — Les sels de strontium ont été expérimentés à la clinique du professeur Drasche chez des malades albuminuriques qui restaient soumis, pendant toute la durée de l'expérience, à une alimentation mixte.

Ces essais ont confirmé en premier lieu ce qu'on a dit des effets diurétiques des sels de strontiane. L'action diurétique a été manifeste surtout dans les cas d'anasarque ou d'ascite abondants, avec diminution de la quantité d'urine. Sous l'influence de l'administration du lactate de strontium, les hydropisies diminuèrent lentement, mais progressivement ; en même temps, on constatait une diurèse plus abondante.

Chez un malade, on employa successivement le lactate de strontium et la diurétine pour comparer l'action de ces deux médicaments. Les effets ont été beaucoup plus prononcés avec la diurétine ; par contre, avec le lactate de strontium, il a été possible de stimuler de nouveau la sécrétion urinaire, lorsque celle-ci eut baissé après la suspension de la diurétine.

Dans la plupart des cas, on put noter avec le lactate de strontium une diminution de l'albuminurie ; celle-ci n'a pas été influencée par la médication dans plusieurs cas ; dans quelques cas, elle paraît même avoir augmenté.

Chez un malade atteint d'un rétrécissement mitral, le lactate de strontium n'a pas donné de résultat ; d'ailleurs, le même malade s'est montré réfractaire à la digitale, au calomel et à d'autres diurétiques.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Dans un grand nombre de cas d'albuminurie, le lactate de strontium fait diminuer sensiblement la quantité d'albumine éliminée par les urines, sauf dans le cas de néphrite atrophique.

2° Le mode d'action des sels de strontiane n'est pas facile à expliquer, et il n'est pas encore prouvé que ces sels agissent favorablement sur les fonctions digestives, en restreignant, comme l'admet M. Dujardin-Beaumetz, la formation des toxines.

3° En raison de ses propriétés diurétiques, le lactate de strontium peut être employé contre la pleurésie exsudative comme succédané du salicylate de soude. L'administration prolongée du médicament n'entraîne pas d'effets fâcheux.

4° Pour éviter les nausées et les vomissements qu'on observe fréquemment dans l'administration des sels de strontium en poudre, il est préférable de recourir à la formule suivante :

Lactate de strontium.............	25 grammes.
Eau..........................	150 —

Trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Sur l'action thérapeutique des feuilles et de l'écorce du djamboé, par le docteur Hugel (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 29, 1894). — Chez les indigènes de Java, les feuilles de djamboé (*Psidium guajara*) jouissent d'une grande réputation contre le choléra asiatique. Des essais cliniques ont été faits avec des préparations de racines et de feuilles de cette plante à la policlinique de Wurzbourg. Les premières expériences ont porté sur la diarrhée infantile. La préparation employée a été la suivante :

Feuilles de djamboé..............	5 grammes.
Pour une infusion de.............	80 —
Sirop simple.....................	20 —

Une cuillerée à thé toutes les heures ou toutes les deux heures.

En très peu de temps, le nombre des selles se réduisait à deux ou trois par vingt-quatre heures. Les matières prenaient une consistance molle, perdaient leur fétidité et leur réaction acide. En même temps, on notait la cessation des vomissements.

La même préparation a été ensuite administrée dans cinq cas de gastro-entérite des adultes, caractérisée par des vomissements et des selles fréquentes, par de l'hypothermie, des spasmes musculaires, une diminution de la sécrétion urinaire. Dans les cinq cas, on a obtenu une amélioration rapide.

De même aussi, dans des cas de dyspepsie, le djamboé a agi favorablement à titre d'astringent et de stomachique.

Dans les formes chroniques du catarrhe gastro-intestinal, le djamboé s'est montré d'une efficacité moins rapide, mais manifeste néanmoins.

Dans des cas de diarrhée chez des tuberculeux, on a obtenu de l'amélioration, alors que l'opium et les astringents avaient échoué.

Dans deux cas de fièvre typhoïde, la diarrhée a cessé rapidement et a été remplacée par de la constipation.

L'auteur conclut :

1° L'administration des préparations de djamboé n'a jamais occasionné d'accidents d'intoxication ;

2° Le médicament a été pris sans déplaisir ;

3° Il a agi en première ligne comme styptique, et en seconde ligne comme stomachique.

Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis, par le docteur Lewin (*Deutsche Mediz. Zeitung*, n° 56, 1894). — Depuis quelques mois, M. Lewin a employé le traitement antisyphilitique préconisé par le docteur Bacelli, et qui consiste dans des injections intraveineuses de sublimé. La dose de médicament injecté en une fois a varié de 1 à 6 milligrammes. Mais la technique n'est pas très commode. Souvent on ne réussit pas à pénétrer dans une veine. Le moyen le plus sûr de reconnaître que ce résultat est obtenu serait de laisser écouler un peu de sang par l'aiguille de la seringue. Malheureusement, comme le sang se coagule presque instantanément dans l'aiguille, l'emploi de ce moyen ferait courir le danger d'une

embolie. La formation de thrombus pariétaux et le développement d'embolies périphlébitiques ne sont pas rares.

Quant au reste, les injections intraveineuses de sublimé ont donné à M. Lewin des résultats remarquables dans des cas de syphilis tertiaire grave.

Le seigle ergoté contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par le docteur J. Goldenbach (*Deutsche med. Wochenschrift*, nº 26, 1894). — M. Goldenbach a eu l'idée d'expérimenter contre les sueurs des phtisiques le seigle ergoté, en se basant sur l'action considérable qu'exerce ce médicament sur les nerfs vasomoteurs.

Dans la plupart des cas, le seigle ergoté a donné des résultats tout à fait remarquables. D'une façon générale, l'auteur a prescrit à ses malades de prendre le soir, avant le coucher, un paquet de seigle ergoté en poudre de 30 centigrammes. Il a eu également recours aux injections sous-cutanées d'ergotine. La formule est la suivante :

Extrait de seigle ergoté		3 parties.
Alcool dilué		
Glycérine	ā̄ā	5 —
Eau distillée		

Emploi de l'opium dans le traitement des rétrécissements du larynx chez les enfants, par le docteur Stern (*Therapeutische Monatshefte*, nº 5, 1894). — Chez les enfants affectés d'un rétrécissement du larynx, les excitations psychiques amènent une aggravation de la dyspnée, tandis que celle-ci diminue sitôt que les enfants redeviennent plus calmes et lorsqu'ils dorment. Un fait analogue se passe chez les enfants trachéotomisés ; lorsque le processus diphtéritique envahit les bronches, la dyspnée s'atténue sous l'influence de l'opium.

L'auteur prescrit aux enfants la teinture d'opium, par deux à quatre gouttes, trois fois dans la journée.

M. Stern a administré l'opium dans des cas de diphtérie qui paraissaient être mûrs pour la trachéotomie; il a vu survenir ainsi une atténuation de la toux, de la dyspnée et de la cyanose. Dans un cas de faux croup, l'opium a fait disparaître très rapidement des symptômes qui avaient paru effrayants. Enfin, grâce à l'opium ainsi administré, la quantité de chloroforme nécessaire est moindre lorsque la trachéotomie s'impose.

Action du sulfonal, du trional et du tétronal, par le docteur W. Morro (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 34, 1894). — Il résulte des recherches de M. Morro que le sulfonal et le tétronal se comportent dans l'organisme d'une façon identique. Tous deux sont incomplètement décomposés dans leur passage à travers l'organisme, et, en effet, on en trouve toujours une certaine quantité dans les urines. L'un et l'autre ont des effets physiologiques prolongés, et lorsque leur administration dure un certain temps, il peut survenir des symptômes d'accumulation du médicament dans l'organisme.

Il n'en est pas de même avec le trional. Ce médicament, en effet, se trouve complètement décomposé dans l'organisme, et quelle que soit la durée de l'administration, on n'observe aucun phénomène d'accumulation.

L'observation clinique fait parfaitement bien pressentir ces différences d'action des trois médicaments.

Tout le monde a pu constater que le sulfonal agit souvent jusqu'au lendemain, et même au surlendemain du jour où il a été administré pour la première fois. Cela s'explique par ce fait que le sulfonal se décompose incomplètement, s'élimine lentement et a de la tendance à s'accumuler dans l'organisme.

D'autre part, il a été démontré par toutes les observations qui ont été faites jusqu'à ce jour que le trional agit plus rapidement, que ses effets physiologiques cessent en même temps que son action somnifère, qui dure généralement de six à huit heures, et que les effets secondaires sont plus rares et moins intenses. Ces

faits s'expliquent évidemment par la décomposition plus rapide et plus complète du trional dans l'organisme.

Suivant l'auteur, la cause des phénomènes d'intoxication par ces médicaments ne réside pas exclusivement dans le fait de l'accumulation de ces médicaments dans l'organisme. A cet effet, il cite d'abord la fréquence de ces accidents chez les femmes. Il démontre ensuite que de très fortes doses de sulfonal, pouvant aller jusqu'à 100 grammes, peuvent être absorbées sans danger sérieux. Enfin les intoxications par le sulfonal sont relativement rares, eu égard à la grande quantité de médicament qui est administrée depuis son introduction en thérapeutique. Il rappelle enfin une observation récente de Schultze d'intoxication par le trional avec hémato-porphynurie, laquelle prouve que ce dernier symptôme n'est pas d'ordre cumulatif dans les cas d'empoisonnement par le sulfonal, puisque le trional s'élimine très rapidement.

La conclusion de l'auteur est par conséquent la suivante : les intoxications consécutives à l'administration du sulfonal, du trional et du tétronal sont le fait d'une idiosyncrasie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement de l'ozène par les grandes irrigations nasales. — Mélange pour injections sous-cutanées contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Traitement des migraines. — Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants.

Traitement de l'ozène par les grandes irrigations nasales. — M. Raugé emploie ce procédé spécial dans le traitement de l'ozène, et voilà comment il l'indique dans une note qui vient de paraître dans la *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie :*

Après avoir successivement essayé les nombreuses thérapeu-

tiques de l'ozène vrai, qui ont eu, dans ces derniers temps, leur heure de vogue et leur part de succès, l'auteur s'est arrêté à un mode de traitement qui constitue, sinon une méthode nouvelle, du moins un mode d'application très particulier de l'irrigation naso-pharyngienne.

Le principe de la méthode, c'est l'abondance presque invraisemblable du liquide employé pour chaque irrigation. Au lieu de 3 ou 4 litres qu'il est classique de ne pas dépasser, M. Raugé emploie de très larges lavages, répétés habituellement deux fois par jour, et pour chacun desquels il fait passer couramment 20, 30 et jusqu'à 50 litres de liquide et à une pression assez forte.

Si colossaux que paraissent ces chiffres, ils sont, dans la pratique, beaucoup plus aisément atteints qu'on ne pourrait le croire *a priori*; les malades, une fois entraînés, exécutent facilement ce lavage à grande eau et acceptent sans répugnance cette inondation de leur naso-pharynx.

Quant au danger pour l'oreille moyenne, M. Raugé le déclare illusoire. Il n'a jamais observé ni accident ni incident. C'est à la fois un excellent palliatif qui enlève la fétidité et un réel curatif dans bien des cas.

Mélange pour injections sous-cutanées contre les sueurs nocturnes des phtisiques (M. Y. Goldendach, *Semaine médicale*, 1894).

Ergotine		3 grammes.
Alcool	}	
Glycérine	} āā	5 —
Eau distillée bouillie	}	

F. S. A. — Injecter chaque soir une pleine seringue de cette solution.

On obtiendrait avec ces injections des résultats encore plus frappants que ceux que donne l'usage interne de l'ergot de seigle, préconisé par M. Goldendach pour le traitement de l'hyperhydrose des tuberculeux.

Traitement des migraines (*Tribune médicale*, 1894).

I. Migraine vulgaire.

a. Pendant l'accès.

1° Repos au lit, loin de toute excitation des sens, ni bruit ni lumière. Diète.

2° Boire une forte infusion de *café noir*.

3° Prendre à jeun, de un à trois des cachets suivants, à une demi-heure d'intervalle :

Antipyrine	0g,50
Acide salicylique	0 ,25

Pour un cachet n° 10.

b. En dehors des accès.

1° Éviter les écarts de régime. Pas d'aliments épicés, ni de viandes faisandées.

Couper la boisson, au moment du repas, avec de l'eau de Pougues.

Maintenir la laxité du ventre par un régime approprié (fruits et légumes verts, laxatifs) ; ou bien prendre le matin une pincée de *magnésie anglaise*.

2° Tous les matins, faire des lotions sur le corps avec de l'eau tiède légèrement alcoolisée et frictionner ensuite au gant de crin.

3° Pendant dix jours par mois, prendre au moment du principal repas, dans un peu d'eau, dix gouttes de la préparation suivante :

Liqueur de Fowler	ãã 10 grammes.
Teinture de colchique	

II. Migraine ophtalmique.

1° Prendre tous les jours deux cuillerées à soupe de la solution suivante, pendant une période de trois mois :

Bromure de strontium	20 grammes.
Eau distillée	300 —

2° Éviter tout surmenage des yeux, ne pas s'exposer à une lumière éblouissante.

3° Faire examiner les yeux par un spécialiste et rechercher s'il n'existe pas de troubles de l'accommodation.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants (*Union médicale*, 1894). — L'incontinence essentielle est très difficile à traiter ; le médecin, la famille doivent s'armer de patience, et ne pas craindre d'essayer successivement diverses médications, après avoir suffisamment persévéré dans chacune d'elles.

1° *Traitement hygiénique*. — Faire coucher l'enfant le bassin élevé. Au contraire, donner le matin de l'eau de Vittel ou de Contrexéville en grande quantité, et obliger les enfants, dans la journée, à résister aux besoins. Faire réveiller le petit malade une ou deux fois chaque nuit, et essayer de retarder ces réveils. Lavements froids (Blache). Traiter l'anémie ou la scrofule qui coïnciderait souvent.

2° On admet l'*atonie du sphincter*. — Électrisation (Guyon) avec une sonde métallique qu'on porte à son niveau et qu'on fait communiquer avec le pôle négatif d'une pile, le pôle positif étant placé sur le pubis ; courants faibles à deux ou trois séances d'une à cinq minutes par semaine. Généralement, si l'on doit revenir, douze à quinze séances suffisent.

Sirop de sulfate de strychnine de deux à quatre cuillerées par jour.

Ou :

Extrait de noix vomique	0g,20
Oxyde noir de fer	1 ,00
Poudre de géranium	1 ,00
Poudre	91 ,00

Pour vingt pilules, une à trois par jour (Grisolle).

Ou :

Ergotine	Un demi à	1g,00
Seigle ergoté	0g,10 à	0 ,15
Poudre d'aloès	0 ,01 à	0 ,02

Pour une pilule, de deux à quatre par jour (Bloch).

3° C'est *l'irritabilité vésicale* qui semble la cause de l'incontinence.

Traitement par la belladone :

Extrait de belladone..................	0g,15
Camphre.............................	1 ,00
Castoréum............................	1 ,00

Pour vingt pilules, une le soir (Faure).

Ou en suppositoires ;

Ou : bromure de potassium, 2 grammes le soir, en plusieurs fois dans une potion ;

Ou : antipyrine, 50 centigrammes à 1 gramme.

4° On peut quelquefois réussir par le traitement psychopathique, et sans aller jusqu'à la suggestion, tâcher de persuader le malade de sa guérison imminente, le faire s'endormir sans qu'il pense sans cesse à l'accident qu'il redoute. La suggestion vraie a donné des succès.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'électrothérapie gynécologique. Société d'éditions scientifiques, à Paris.

Sous le titre d'*Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique*, le docteur Apostoli a réuni en un volume tous les mémoires les plus importants parus sur ce sujet. Ce premier volume ne renferme que des travaux émanant de l'étranger, mais le docteur Apostoli les a annotés sous forme de remarques mises au bas des pages. On y trouve un grand nombre d'études fort intéressantes sur les applications de l'électricité à la gynécologie, entre autres le traitement des tumeurs utérines par l'électricité, celui de l'irrégularité menstruelle (aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie), etc., etc.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. Debove et Achard. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Le tome V de cet excellent manuel, qui vient de paraître, est tout entier consacré aux *maladies du tube digestif, du péritoine, de la rate et du pancréas.*

Toutes ces affections sont étudiées avec le plus grand soin, et les auteurs se sont toujours efforcés de donner, à propos de chaque maladie, les indications les plus récentes sur la pathologie encore si obscure des affections du tube digestif. D'excellents chapitres sont aussi consacrés à la séméiologie. Enfin le volume se termine par un formulaire très complet où sont passées en revue les principales médications.

En résumé, ce tome V est digne de ses aînés, et fait grand honneur aux nombreux auteurs qui y ont collaboré, MM. Janselme, Girode, Courtois-Suffit, Soupault, Bruhl, etc. L. T.

Les Varices, par le docteur L. Beurnier. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Dans cette intéressante étude, le docteur Beurnier se déclare partisan du traitement chirurgical des varices, et déclare que l'extirpation doit être pratiquée, surtout dans les cas de douleurs ou d'hémorragies. Cette question du traitement chirurgical des varices n'est pas encore complètement élucidée, et l'auteur reconnaît lui-même qu'on ne peut actuellement adopter d'une façon absolue cette méthode curative.

Clinique et thérapeutique infantiles, par le docteur R. Blache. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Les manuels sur les maladies de l'enfance se multiplient de jour en jour. Dans celui qu'il vient de publier, le docteur Blache a adopté l'ordre alphabétique, et a placé en tête de chaque article les considérations cliniques ou étiologiques aptes à modifier les applications thérapeutiques. De très nombreuses formules y sont citées, et l'auteur a avec raison indiqué très exactement les doses de chaque médicament à prescrire suivant l'âge des petits malades.

La Variole, par le docteur de Grandmaison. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Très bonne étude de la variole très complète et bien au point.

Le Vertige, par le docteur P. Bonnier. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Cette étude comprend deux chapitres principaux : le premier expose l'étude du sens dans l'espace, l'autre traite de la pathologie, c'est-à-dire du vertige lui-même.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol;

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

AVANT-PROPOS.

Le traitement abortif de l'érysipèle fait partie de ces *desiderata* que, depuis de longues années, les médecins ont tenté de satisfaire. La multiplicité des moyens préconisés, dont on trouvera plus loin l'exposé critique et succinct, dit d'une façon certaine que, jusqu'à ce jour, le traitement abortif réel, réussissant *constamment*, n'a pas été trouvé.

Avons-nous été plus heureux? C'est ce que la lecture de ce mémoire dira, et plus encore le temps, la répétition par d'autres que nous de notre procédé.

Désirant ne pas être justiciables des critiques que nous adressons aux autres, nous tenons à déclarer, dès le début, que ce n'est que par une sélection des faits que nous sommes arrivés à préconiser, à l'exclusion de toutes les autres, notre méthode thérapeutique.

Placés dans des conditions d'observation difficilement réalisables, nous avons pu voir et traiter plus de deux mille érysipèles. On n'attend pas de nous que nous donnions la relation complète et fastidieuse de toutes ces observations. Nous nous sommes arrêtés à ne fournir, comme preuves à l'appui, que la relation de faits démontrant l'impuissance de procédés qualifiés d'abortifs, puis ceci fait, nous avons montré qu'en nous plaçant dans des conditions cliniques semblables, nous avons pu, grâce à notre traitement, faire avorter, c'est-à-dire arrêter net l'extension du processus

érysipélateux en marche, et cela dès les premiers jours. Ce n'est qu'en remplissant ces conditions qu'à notre sens la question peut être résolue, et pour le dire de suite, la faute commise par tous les auteurs qui nous ont précédés nous paraît être la suivante : c'est d'avoir envisagé l'érysipèle comme une maladie une et toujours semblable.

Si la spécificité de l'érysipèle ne fait plus doute, s'il est bien fonction du streptocoque, un fait clinique s'impose : c'est que pour lui, comme pour toutes les infections, il y a des formes atténuées aussi bien que des formes graves. Que les premières tiennent à un affaiblissement de la virulence du germe, au mode de pénétration de ce germe, nous ne saurions le dire ; que ce soit bien plus le fait de la réaction de l'organisme, les qualités de résistance du terrain, nous le pensons, et nous croyons avoir eu raison d'insister (*Archives générales de médecine*, 1894) sur ces conditions quand nous avons montré les altérations vasculaires, cardiaques, rénales, comme des causes premières de la gravité de l'érysipèle. C'est guidés par ces vues que nous avons entrepris ce travail.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ÉRYSIPÈLE.

Quand on aborde le chapitre traitement dans les descriptions de l'érysipèle, tous les auteurs classiques, qu'il s'agisse des livres de pathologie médicale ou chirurgicale, écrivent comme première phrase : « Il est, croyons-nous, inutile de s'opposer à la marche de l'érysipèle, et le nombre de remèdes qu'on préconise est une preuve de leur inefficacité. »

Aussi, Trousseau, logique avec cette conception, se contentait de faire de l'expectation.

Cette affection, en tant que maladie locale, a cependant été l'objet de nombreux traitements, tant au point de vue palliatif, calmant, qu'au point de vue abortif.

Comme c'est ce dernier point qui nous retient, nous n'en-

visagerons que les moyens dits *abortifs*. Nombreuses sont ces méthodes abortives ; au dire des thérapeutes, leur méthode est toujours excellente et donne de bons résultats.

Parmi toutes ces méthodes, en existe-t-il de véritablement abortives ?

Pour s'en rendre compte et se faire une idée nette de la valeur d'un traitement, il faut l'essayer sur un certain nombre de malades, comme cela a d'ailleurs été fait par chaque auteur possesseur d'une méthode.

Mais cette condition ne suffit pas encore. Se contenter de traiter des cas d'érysipèles plus ou moins nombreux est insuffisant ; il faut choisir, parmi ces cas, les formes franches de l'affection, et ne faire porter les résultats que sur de semblables érysipèles, légitimes, à cycle bien déterminé.

Alors seulement le résultat est positif.

Ayant soigné deux mille malades pendant l'année 1893 à l'hôpital d'Aubervilliers, il nous a été facile d'essayer la plupart de ces traitements, et de recueillir de nombreuses observations.

Grâce au nombre considérable de malades que nous avons eu à traiter, il nous a été possible de choisir les cas types, francs, légitimes ; nous avons pu aussi nous rendre compte de l'inefficacité des traitements préconisés avant nous.

On pourra nous objecter que les auteurs qui ont vanté un traitement l'ont fait avec observations à l'appui, et avec résultats probants pour tous les cas.

Si nous avons été moins heureux, nous répétons que, parmi les observations publiées par les auteurs, la majeure partie pouvait bien appartenir soit aux formes secondaires qui jouissent d'une atténuation due à l'existence d'un ou plusieurs érysipèles antérieurs. Ces cas sont nombreux.

Mais, si nous laissons de côté ces formes atténuées par une atteinte antérieure, nous ne pouvons passer sous silence

une forme nouvelle décrite par nous dans les *Archives générales de médecine* (1893), l'érysipèle atténué primitif, qui se montre dans le tiers des cas, et dans lequel la maladie est pour ainsi dire locale, les phénomènes généraux et la fièvre faisant complètement défaut. Il est bien évident que, si l'on essaye un traitement quelconque dans cette forme qui guérit bien et vite, et toujours spontanément, le succès est toujours assuré. C'est ici que l'expectation recommandée par Trousseau fait merveille.

Nous nous proposons donc de faire une revue générale de la plupart des traitements dits *abortifs* de l'érysipèle, en montrant que, dans les érysipèles francs, légitimes, ces divers traitements échouent presque toujours, et nous résumerons pour chaque méthode quelques observations.

Nous montrerons également que, dans les formes graves, dans les érysipèles ambulants (et c'est surtout dans ces formes que le résultat pourrait avoir une valeur certaine), la marche de l'affection n'est nullement entravée et, par conséquent, le traitement est loin d'être abortif. Cependant, même avec les méthodes que nous critiquons, il ne faudrait pas croire que l'insuccès soit constant, et comme nous le verrons, soit qu'on ait eu affaire à des cas abortifs comme Letulle en a publié dans sa thèse d'agrégation, soit que la virulence du streptocoque ait été moindre chez des individus dont le terrain était bon et résistant, quelques méthodes ont donné des succès. Parmi ces méthodes, nous en décrirons une nouvelle qui a été pratiquée avec succès dans plus de la moitié des cas : c'est le traitement abortif de l'érysipèle par la *traumaticine à l'ichthyol.*

La première partie de ce travail a trait à la description, avec observations à l'appui, des différents traitements dits *abortifs* de l'érysipèle, dont nous apprécions la valeur et les inconvénients.

Dans la seconde partie, nous exposerons la méthode par

la traumaticine à l'ichthyol, qui véritablement nous a donné des succès et nous a paru répondre ainsi à la question posée par l'Académie (1).

MÉTHODES INTERNES.

Voici en premier lieu quelques méthodes dans lesquelles aucun traitement local n'est fait. Elles consistent à administrer aux malades les médicaments par le tube digestif.

1° *Méthode d'Haberkorn*, traitement par le benzoate de soude à l'intérieur, à la dose de 15 à 20 grammes par jour.

Nous avons choisi, pour fixer la valeur de cette médication, cinq malades atteints d'érysipèles graves, avec état typhoïde et élévation de la température, afin de ne pas expérimenter sur des cas atténués.

Malgré le benzoate de soude donné à la dose de 20 grammes par jour pendant trois et quatre jours, nous n'avons remarqué aucune amélioration. L'état typhoïde, l'albuminurie avec urines rares, l'élévation de la température, ont persisté, et nous avons été obligés de traiter ces cas par le seul traitement rationnel : les bains froids, car alors l'érysipèle d'infectieux est devenu infectant, et même le traitement local le plus énergique est insuffisant.

Voici cependant une observation où le traitement d'Haberkorn a été fait exclusivement, et semble avoir donné un résultat.

Observation. — La nommée F..., Marie, a été prise, pour la première fois, le 2 avril 1893, des prodromes habituels de l'éry-

(1) Ce mémoire a été présenté à l'Académie de médecine pour le concours du prix Herpin, de Metz, 1894, et a été l'objet d'une notice dans le rapport fait par M. le docteur Hallopeau dans sa séance du 13 novembre 1894 (voir le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 13 novembre 1894). Nous exposerons à la fin de ce travail un résumé et une critique du rapport de M. Hallopeau.

sipèle. Exanthème érysipélateux le 3. Peu intense. Entrée à l'hôpital le 4. Traitement : benzoate de soude. Température, 40 degrés; tombe à 39 degrés le 6, à 38 degrés le 7, apyrexie le 8, sortie le 13 avr

Il y a lieu de se demander si nous n'avons pas eu affaire à la forme abortive classique, la guérison ne s'étant faite que le cinquième jour.

2° *Traitement de Tison.* — Ce traitement consiste à administrer l'azotate d'aconitine à la dose de 1 milligramme par jour, et à appliquer des compresses trempées dans une solution saturée de camphre et d'éther. Nous avons essayé ce traitement sur dix malades, nous n'avons obtenu aucun résultat. Comme le montrent les observations qui suivent, dans certains cas, l'érysipèle a continué sa marche habituelle; dans d'autres, nous avons été obligés de recourir à la balnéothérapie.

Observation I. — A..., Maria, vingt-deux ans. Première atteinte, face. Début le 30 septembre. Entrée à l'hôpital le 1er octobre. Phénomènes généraux graves. Température, 40°,6. Traitement de Tison le 2. Apyrexie le 10 octobre seulement. Guérison définitive le 20 octobre. Échec au point de vue abortif, puisque la maladie dure neuf jours.

Observation II. — F..., Anna, dix-neuf ans. Première atteinte, face. Début le 29 septembre. Entrée le 1er octobre. Température, 39°,8. Phénomènes généraux intenses. Traitement de Tison à l'entrée de la malade. Convalescence le 13 octobre seulement. Sortie le 15. Nouvel échec, et devant l'état grave, nous avons donné les bains à 20 degrés toutes les trois heures, à cause de la température et des phénomènes généraux.

Observation III. — H..., François, quarante-six ans. Première atteinte, face. Prodromes le 13 septembre. Exanthème le 15. Entrée le 16 septembre. Température, 40°,4. Malgré le traite-

ment, le 17 septembre, la température reste élevée. État typhoïde. Urine, 500 grammes ; albumine, 2 grammes. Le malade prend 54 bains. Apyrexie seulement le 23 septembre. Sortie le 30. Nouvel échec.

TRAITEMENTS LOCAUX.

Nous passerons très rapidement sur les méthodes qui consistent à appliquer des compresses imbibées de solutions antiseptiques, ces méthodes n'agissant la plupart du temps que sur l'accident local, soit en diminuant la tension et la douleur, soit en empêchant la formation de croûtes, mais ne produisant jamais la diminution de la durée de l'affection ; *elles ne sont pas abortives.*

De nombreuses solutions ont été préconisées, depuis l'antique compresse imbibée d'eau de sureau ne servant qu'à masquer l'expectation jusqu'à la cautérisation du pourtour de la plaque avec une solution phéniquée à 100 pour 100. Nous ne ferons donc que citer ces différents traitements, la plupart douloureux, quelques-uns nuisibles, tous absolument inefficaces au point de vue abortif : compresses boriquées, compresses de sublimé, compresses de solutions phéniquées de 2 à 5 pour 100 préconisées par Hofmokl.

Nous avons très rapidement abandonné ce pansement humide qui doit être remplacé à chaque instant, car il sèche très vite, devient irritant et douloureux.

On a cherché par différents procédés antiseptiques à tuer sur place le streptocoque.

Acide phénique. — Weber préconise le badigeon phéniqué à 5 pour 100.

Kichnert fait des scarifications punctiformes sur toute l'étendue de la plaque érysipélateuse, puis lave les incisions avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et panse avec une solution phéniquée à 2 et demi pour 100.

Le professeur Hayem encadre la plaque avec un pinceau

imbibé d'un mélange à parties égales d'acide phénique et d'alcool. « Parfois, dit-il, la plaque rompt la ceinture phéniquée, et une seconde bande doit venir circonscrire de nouveau (cela est fréquent, même à la deuxième application). » De plus, d'après le professeur Hayem lui-même, le badigeonnage doit être fait avec précaution, car si la brûlure de la peau est trop intense, elle laisse après elle une cicatrice.

Donc, méthode dangereuse surtout pour la face, douloureuse et incertaine comme nous avons pu nous en assurer.

Amici préconise le même traitement.

Il cautérise le pourtour de l'érysipèle avec une solution alcoolique d'acide phénique à 100 pour 100 et renouvelle ces *cautérisations toutes les deux heures.*

Heppel est un peu moins énergique.

Il badigeonne la périphérie de l'érysipèle et les parties limitrophes sur un espace de la largeur d'un doigt, avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 pour 100, jusqu'à la décoloration des téguments à ce niveau.

Outre que ces méthodes sont dangereuses et douloureuses, elles sont aussi inefficaces que les suivantes :

Winckler badigeonne quatre à cinq fois par jour les parties malades avec de l'essence de térébenthine rectifiée, puis recouvre d'ouate qu'on renouvelle à chaque badigeonnage. L'auteur ajoute lui-même que cette méthode produit une cuisson vive. Elle est contre-indiquée chez les albuminuriques.

Où nous ne sommes pas d'accord, c'est sur ce point : elle abrège la durée de la maladie de deux à trois jours. Oui, en effet, si l'on opère sur des érysipèles atténués primitifs, non point sur les érysipèles francs.

Hueter fait des injections sous-cutanées d'acide phénique à 3 pour 100. Nous avons expérimenté cette méthode ainsi

que la suivante sur des érysipèles ambulants, nous gardant bien de le faire sur la face où l'on produit des boules d'œdème, et nous n'avons eu aucun résultat.

Méthode de Rosenthal. — Rosenthal a pu arrêter immédiatement, dit-il, la marche envahissante de l'érysipèle dans la forme ambulante (érysipèle migrant).

Cette méthode consiste à donner tous les deux jours, de deux heures en deux heures, 15 centigrammes de camphre, et à faire suer le malade en lui donnant à boire du thé très chaud. Dans les jours intermédiaires, on pratique des injections phéniquées à 2 pour 100 dans le tissu sous-cutané des régions érysipélateuses de 2 en 2 centimètres, à raison de la moitié d'une seringue. Rosenthal fit ainsi, dès la première séance, vingt injections dont le résultat, dit-il, fut merveilleux. Dès le lendemain, gonflement et rougeur avaient presque entièrement disparu, tandis que l'érysipèle prospérait sur les régions non injectées. Il fit cent injections, sans aucun symptôme d'intoxication.

Nous avons pratiqué ce traitement sur des érysipèles ambulants, sans obtenir les résultats merveilleux de Rosenthal. Dans un cas notamment d'érysipèle du bras gauche, Pr..., Pierre, soixante-huit ans, entré à l'hôpital le 12 mars pour un érysipèle du bras gauche envahissant l'épaule et l'aisselle, nous avons pu circonscrire toute la plaque érysipélateuse par les injections phéniquées indiquées par Rosenthal. Ce traitement n'a pas empêché l'exanthème d'envahir le lendemain presque la moitié du thorax. Le malade, d'ailleurs, âgé et athéromateux, succombait le 17 mars par l'intensité des phénomènes généraux, le mauvais état du cœur et des reins, et la mort survint le malade étant dans un état adynamique profond.

Chlorophénol et bromophénol. — Un médecin russe, Tchourilow, propose l'emploi du chlorophénol ou du bromophénol. Le chlorophénol est une substance cristallisée se dis-

solvant comme l'acide phénique. Le bromophénol est un liquide violet foncé.

Ces deux substances se dissolvent facilement dans l'eau, dans l'alcool. Leur action est à peu près identique contre l'érysipèle. On emploie des solutions à 1 et 2 pour 100, et l'on frotte pendant une minute deux fois par jour la plaque érysipélateuse.

« Ce traitement, dit l'auteur, ne cause aucune irritation, si ce n'est une petite cuisson qui disparaît en deux ou trois minutes. »

L'effet thérapeutique se manifeste très rapidement, dans quelques cas à la seconde application, par un arrêt de la lésion locale, une diminution de la rougeur et de la douleur et un abaissement de la température. Dans la plupart des cas, les malades traités par l'auteur furent guéris en un temps variable de trois à six jours.

Dans un cas seulement, l'affection dura une semaine.

Cette méthode n'empêche nullement l'extension de l'exanthème, et nous croyons qu'il faut, encore ici, tenir compte des variétés bénignes de l'érysipèle.

Strisover utilise en application locale ou en injection sous-cutanée la solution suivante :

Bichlorure de mercure	0g,60
Acide phénique	0 ,60
Eau distillée	8 ,00

Même insuccès.

Passons maintenant aux traitements abortifs par le sublimé.

Fraipon arrose la plaque pendant dix minutes avec une solution de sublimé à 3 pour 100, puis en badigeonne les bords avec du goudron.

Pansement avec la liqueur de Bursow.

Lovy : pulvérisations deux à trois fois par jour avec une

solution de sublimé dans l'éther à 10 pour 100. Il faut pulvériser le bord de la plaque sur une largeur de 3 centimètres, en empiétant sur la peau saine. Elle doit être rapide, à cause de sa causticité.

Talamon préconise la pulvérisation avec la solution de sublimé éthérée au centième :

Sublimé..............................	1g,00
Acide tartrique......................	1 ,00
Alcool à 30 degrés....................	5 cent. cubes.
Ether sulfurique, Q. S. P..............	100 —

Au moyen de l'appareil de Richardson, on pulvérise sur le bourrelet et en dehors du bourrelet la solution à 1 pour 100. La durée de la pulvérisation est d'environ une minute pour une plaque de l'étendue de la paume de la main ; la distance à laquelle on se place pour diriger le jet est de 10 à 20 centimètres. La quantité de liquide pulvérisé est telle, qu'elle forme une couche de liquide continue, peu épaisse, assez cependant pour qu'il se forme de petites gouttes de liquide. Le nombre de pulvérisations varie entre deux et quatre. Mais on a reproché, avec juste raison, à ce procédé, d'être douloureux, de provoquer facilement des phlyctènes et de la pigmentation. Nous avons pu nous en assurer nous-mêmes *de visu* chez une malade qui entrait dans nos salles pour un érysipèle récidivé, et qui présentait tout autour du visage une décoloration en certains points et, en d'autres, une *pigmentation* noirâtre très accusée.

Aussi, M. Albert Robin a-t-il essayé et pratiqué, dit-il, avec succès la pulvérisation avec la liqueur de Van Swieten, qui est beaucoup moins caustique. Colas, dans sa thèse (Paris, 1892), cite la statistique de M. Robin qui est très favorable, et indique le mode d'emploi de cette méthode.

La solution employée est au millième.

C'est, en somme, la liqueur de Van Swieten, à laquelle on peut ajouter un peu d'acide tartrique pour prévenir la forma-

tion d'un produit qu'on croit être un albuminate de mercure.

On se sert du pulvérisateur de Lister, qu'on place à 30 centimètres. La durée de la pulvérisation est de trente minutes.

Le nombre des pulvérisations varie de deux à six par jour.

Cette méthode est pratique, surtout pour l'érysipèle du cuir chevelu après coupe des cheveux, car elle empêche la formation de croûtes et peut prévenir la chute des cheveux. Craignant les dangers et les inconvénients du sublimé, nous avons surtout fait des pulvérisations boriquées avec l'appareil de Championnière.

On peut, ici, faire les mêmes objections que pour les autres méthodes. A-t-on fait le traitement sur des érysipèles francs, légitimes, premières atteintes ? A-t-on négligé les érysipèles atténués primitifs et les érysipèles récidivés ?

Nous n'avons pas voulu essayer le *procédé de Friedlander*, inoculation de culture virulente de streptocoques étendue de dix fois son volume, l'auteur l'ayant tenté sur lui-même avec un insuccès thérapeutique. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1);

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

III

OPINION DE L'AUTEUR.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Varices et pauvreté. — Le chirurgien doit discuter l'opportunité d'une intervention lorsqu'il constate la présence

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

d'une varice. Inutile d'attendre que celle-ci devienne grave ou compliquée.

Il faut se hâter. Ne sait-on pas que sa marche est envahissante. Il est toujours vrai l'aphorisme hippocratique écrit sur les murs de l'amphithéâtre de ma chère École de médecine de Reims : *Principiis obsta : sero medicina paratur, quum mala per longas invaluere moras.*

Appliquer le traitement juste au début, c'est obéir à une indication rationnelle.

Attendre une des indications des auteurs, c'est permettre au mal de s'étendre, c'est chercher à avoir la main forcée, c'est obéir à une indication d'urgence.

Le chirurgien qui attendrait, pour opérer un anévrisme artériel placé dans une région accessible, qu'il ait déterminé des complications, ferait une faute. L'accord serait unanime sur ce point.

Quand un médecin soigne une maladie de cœur, s'il attendait, pour commencer le traitement, qu'il y ait de l'ascite, un foie muscade et un œdème remontant jusqu'au ventre, que penserait-on de lui?

Les varices sont donc une indication pressante de traitement par elles-mêmes, quelles que soient leur étendue et leurs variétés. Mais à cette première formule, il faut ajouter : le traitement sera l'opération si le malade est pauvre.

Le chirurgien, je ne suis pas le premier à le dire, doit tenir un grand compte de l'état social de celui qui demande des soins; car le pronostic est bien différent, nous l'avons vu.

Pour les pauvres et surtout pour ceux qui sont exposés aux rudes travaux, il n'y a pas à hésiter. Ils sont incapables de s'opposer à l'envahissement de la dilatation veineuse.

Il faut leur proposer l'opération comme un moyen de conserver leur gagne-pain, et il ne faut pas craindre de noircir le tableau qu'on leur fera des dangers des varices.

Les indications étudiées ou énoncées plus haut dans l'historique conservent toute leur valeur à nos yeux. Elles correspondent quelquefois à des formes cliniques différentes de l'affection variqueuse, et nous les étudierons tout en faisant une classification des varices.

Ainsi la dilatation du tronc de la saphène interne, c'est le signe de ce que nous appellerons *varices à reflux cardiaque.*

D'un autre côté, la difformité, c'est tantôt la forme précédente, tantôt, et plus souvent, les varices localisées des grosses veines qui les donnent.

La douleur ou l'incommodité sont souvent le signe d'une propagation des varices aux veines profondes, mais aussi elles existent dans les varices localisées superficielles.

Nous attribuerons donc, à chacune des indications déjà établies, un paragraphe spécial, et notre classification anatomo-clinique nous servira pour choisir la forme de l'intervention et pour en prévoir le succès et les avantages consécutifs.

Formes cliniques des varices. — Les divisions anatomiques étaient basées sur la nature de la lésion ; elles ne pouvaient servir à un classement des varices qui soit utile au chirurgien. Remarquons en effet que les divisions anatomo-pathologiques de Briquet ne répondent ni à un ordre régulier d'apparition des lésions ni à des formes absolument distinctes de maladies.

Classification anatomique de Briquet. — 1° Varices, dilatation simple ou épaississement égal. Varices rameuses ou cylindroïdes ;

2° Tumeurs variqueuses. Varices serpentines ;

3° Renflement variqueux, dilatation ou épaississements inégaux ;

4° Veinosités ou développement de petites veines.

D'habitude, ces variétés coexistent simultanément sur le membre inférieur. Partie d'un centre, l'affection se propage

graduellement. On pourrait en suivre les degrés de transformation depuis l'état morbide le plus avancé jusqu'à l'état normal. Ainsi la dilatation simple s'observe à côté des varices serpentines ou ampullaires et des varicosités des petites veinules.

Aussi Briquet, qui recommandait l'intervention chirurgicale, avait-il déjà abandonné sa division anatomique et établi une classification chirurgicale : Varices des veines de deuxième ordre du membre; varices du tronc principal du membre.

Cruveilhier et Follin n'ont ajouté aux premières divisions de Briquet que des mots plus descriptifs.

Follin divisait les varices en circonscrites et non circonscrites; Cruveilhier, en varices cirsoïdes et ampullaires.

Ce ne sont que des synonymes ou des épithètes, que nous placerons à l'occasion. Il est bien préférable, en reprenant l'idée de Briquet, d'établir les formes principales de la maladie en prenant à la fois leur caractéristique dans la variété des vaisseaux malades, l'étendue des lésions et les symptômes cliniques.

Nous proposons donc :

1° *Varices des grosses veines localisées ;*

2° *Varices des veines, veinules et capillaires, cyanose variqueuse ;*

3° *Varices à reflux cardiaque.*

Ces diverses variétés de varices sont tantôt superficielles, tantôt profondes.

Varices des grosses veines localisées, rameuses, serpentines, cirsoïdes, ampullaires, à cellules, paquets variqueux. — La phlébectasie des grosses veines peut être localisée à une veine, ce qui est rare, ou à un paquet de veines ; ou bien il existe en divers points d'un même membre des veines malades, isolées, et séparées les unes des autres. Ces varices soulèvent la peau sous laquelle elles se dessinent. Elles ont

ou prennent toutes les formes possibles, serpentent, se pelotonnent, présentent des ampoules, forment des sortes de tumeurs, donnent au toucher et à l'œil la sensation de paquets de cordes, ou de sangsues enroulées, repliées et tordues. D'où le nom de *paquets variqueux*, qui réveille l'idée de leur localisation et de leur volume (1).

Voici, par ordre de fréquence, la liste des paquets variqueux qui peuvent se rencontrer au membre inférieur :

Veines qui croisent la tête du tibia au cinquième supérieur ;

Veines superficielles de la face interne du mollet ;

Veines superficielles de sa partie inférieure et de sa partie la plus saillante ;

Veines superficielles transversales au-dessous et au-dessus du genou ;

Veines superficielles allant de l'embouchure de la saphène externe à la saphène interne ;

Le segment du tronc de la saphène interne, placé derrière le condyle du fémur ;

Le tronc de la saphène externe vers le creux poplité et les branches de la face externe de la jambe ;

Les veines profondes de la jambe révèlent souvent leur état variqueux par des hernies de veines à travers les orifices aponévrotiques placés le long du tibia au mollet, et près du tendon d'Achille au-dessus de la malléole interne.

Les varices circonscrites ou paquets variqueux inquiètent surtout le malade à cause de leurs sinuosités, de leurs ampoules, de leur gonflement pendant le travail et de l'amincissement de la peau.

---

(1) Nous repoussons le nom de *tumeurs variqueuses*, parce qu'il a été donné par Cornil à une ulcération toute différente de celle que supposait Briquet.

Le gonflement du membre s'accompagne de durcissement, de douleur et quelquefois de troubles fonctionnels.

La chaussure creuse une empreinte sur le tibia.

La *difformité*, *l'incommodité*, *la douleur*, *la crainte des ruptures*, toutes indications déjà classées, déterminent souvent le variqueux à demander l'opération.

Ajoutons-y le désir d'être reçu sous les drapeaux.

Nous verrons que l'opération de cette forme est d'un pronostic très favorable.

Varices des veines, veinules et capillaires. — C'est cette forme qui présente les veinosités et à laquelle nous avons déjà, dans un précédent travail, donné le nom caractéristique de *variété bleue* ou *cyanose variqueuse*. Le membre atteint peut présenter toutes les lésions déjà décrites précédemment sur les grosses veines. Mais il est, de plus, couvert d'arborisations fines, dont la perception n'est plus possible à distance, mais qui imposent à tout le membre une coloration bleuâtre. Cette forme correspond certainement à une mauvaise constitution anatomique, à une faiblesse congénitale, car elle se fait remarquer par la rapidité de son développement et de sa généralisation. Suivant une très heureuse comparaison de Perier, c'est par un défaut de qualité que l'étoffe ne peut servir longtemps sans détérioration aux usages pour lesquels elle avait été fabriquée.

Cette forme est d'un pronostic grave. Elle réclame un traitement d'urgence, et ne laisse pas le même espoir de guérison que les autres.

Lefort accusait les veinosités de produire fréquemment les altérations si connues qu'on observe sur les membres variqueux. En réalité, il attribuait aux petites veines ce qui revient aux capillaires. Ce qui fait la gravité de cette espèce de varices, c'est la facilité avec laquelle apparaissent les capillaires dilatés dont nous avons signalé le rôle sclérogène.

Varices à reflux cardiaque. — L'étendue des lésions fait entre les varices-veines une différence de pronostic capitale, que la pathogénie fait bien comprendre.

Il ne s'agit pas d'une question de centimètres d'incision ou de difficultés opératoires pendant le traitement.

Existe-t-il une communication anormale entre les varices du membre inférieur et le cœur ?

Voilà le problème à résoudre pour établir un pronostic et diriger sûrement son traitement.

Il faut arriver en 1834, à Rima, pour trouver les preuves du reflux du sang dans les veines variqueuses et de leur communication anormale avec le cœur.

On savait que les varices diminuaient quand on élevait la jambe, augmentaient quand on l'abaissait; que le sang en envahissait la poche comme un liquide se jette dans un vase d'un bout à l'autre quand on le lève et qu'on l'incline alternativement (Fabrice de Hilden). On savait qu'il fallait faire lever les malades pour voir leurs varices qui disparaissaient au lit.

C'est sur la connaissance de ce fait qu'était basée une méthode de traitement par ces positions (Boyer, Nélaton).

J.-L. Petit avait fait remarquer la force du jet du sang sortant des varices. Briquet avait vu des varices pulsatiles par influence du cœur, et avait observé un cas où le sang oscillait de l'abdomen au mollet avec la plus grande facilité.

Rima, en 1834, établit irréfutablement le reflux du sang dans les veines variqueuses et la communication anormale des vaisseaux dilatés avec le cœur.

En effet, disait-il : « Si l'on excise sur le vivant une portion d'une veine variqueuse, on voit le sang jaillir du bout supérieur comme *d'une artère.* »

Si l'on pratique ou la ligature, ou l'excision d'une veine variqueuse, on voit les groupes variqueux placés au-dessous s'affaisser, tandis que les varices de la même veine placées

au-dessus restent stationnaires ou bien augmentent. Ce qui ne devrait pas avoir lieu si le sang du même vaisseau marchait de bas en haut comme dans l'état normal.

Il y a longtemps aussi que l'attention des chirurgiens a été fixée sur l'importance particulière du tronc de la saphène dans le mécanisme de cette dilatation.

Riolan appelait la saphène interne du nom significatif de *nourrice des varices*. A. Paré, Dionis, E. Home, pour arrêter les varices et les ulcères variqueux, liaient le tronc de la saphène au genou. Everard Home (1) expliquait sa ligature en ce point en disant qu'il y aurait avantage à soustraire une partie de la pression exercée par cette colonne de sang, que la cavité de la veine s'oblitérerait au point ligaturé et qu'il en résulterait une espèce de valvule artificielle.

De nos jours, Trendelenburg, qui a rajeuni cette question, a eu le mérite de mettre à la portée de tous les observateurs des moyens cliniques et simples de constater les faits. Chacun peut se démontrer que la colonne sanguine ne s'arrête pas aux limites des saphènes, et qu'elle peut aller jusqu'à l'oreillette.

Chacun peut voir le liquide osciller du cœur aux saphènes et inversement, sans rencontrer d'obstacles.

Voici le résumé des mémoires de Trendelenburg :

Si le variqueux est couché horizontalement, la pression du sang se répartit sur tout le canal cardio-saphénien, et les varices deviennent immédiatement moins tendues.

Si vous abaissez le tronc du patient au-dessous du niveau du membre inférieur, ou si vous élevez le membre jusqu'à la perpendiculaire, le sang, obéissant aux lois de la pesanteur, refluera vers le cœur. Il y aura dans les varices une pression négative. La peau s'enfoncera dans les cavités veineuses sous le poids atmosphérique.

(1) *Practical observations on the treatement of ulcers of the leg*, 1801.

Si vous élevez brusquement le tronc, le sang retombera dans le canal variqueux saphénien d'un seul coup comme au fond d'un tube qu'on vient de renverser.

Si vous disposez votre expérience de façon que le tronc et le membre variqueux soient chacun à 45 degrés, vous avez transformé le canal cardio-saphénien en une sorte de tube en U où vous observerez toutes les particularités des vases communiquants. Le niveau du sang s'élève dans la saphène à la hauteur du cœur; au-dessous la veine est pleine, au-dessus elle est vide.

Si vous élevez le cœur, le niveau monte dans la saphène.

Toute cause modifiant la colonne sanguine thoraco-abdominale retentit sur le niveau saphénien. Celui-ci oscille à chaque pulsation cardiaque avec les mouvements respiratoires, à chaque effort de toux. Une simple pression du doigt sur la paroi antérieure de l'abdomen le fait changer. La saphène est comme le manomètre de la cavité thoraco-abdominale.

La rapidité avec laquelle le sang revient du cœur vers les extrémités variqueuses ne permet pas de croire à autre chose qu'un reflux dans des vaisseaux communiquant à plein canal.

L'afflux sanguin ne se produit pas avec cette rapidité.

L'expérience suivante de Trendelenburg en est la preuve.

Après avoir couché le malade, vous videz les varices de leur contenu en élevant la jambe qui les porte, elles se dessinent en creux. A ce moment, vous mettez le doigt au pli de l'aine, sur le tronc de la veine fémorale, et tout en maintenant cette compression, vous faites lever votre sujet. Le sang pour remplir les veines doit traverser les capillaires, et les varices ne se remplissent pas subitement. Au bout de quelque temps seulement, elles commencent à se dessiner peu à peu ; elles mettront plusieurs minutes à atteindre leur ancien volume, et si vous cessez votre compression avant qu'elles soient distendues, vous percevrez encore leur disten-

sion brusque par le flot du sang qui reflue du cœur à travers des vaisseaux que la maladie maintient largement ouverts. Ce reflux sanguin qui détermine l'asystolie des grosses veines, amène aussi la distension des petits vaisseaux. Trendelenburg l'a constaté sur des varicosités ; nos recherches nous l'ont montré plus loin encore. Il s'exerce sur les capillaires de tous les organes de la jambe, sur les *vasa vasorum*, sur les vaisseaux capillaires des nerfs.

Ce reflux cause dans tous les vaisseaux des transformations d'où procèdent la marche envahissante des varices et l'induration scléreuse qui les accompagne et les complique.

Telle la forme variqueuse dont le symptôme principal est la dilatation du tronc de la saphène interne. On comprend pourquoi cette variété de varices doit être considérée comme une indication urgente d'intervention chirurgicale.

La douleur ou l'incommodité. — L'indication tirée de la douleur, chez les variqueux, n'est pas toujours proportionnée à l'intensité de la souffrance.

D'abord la douleur peut manquer complètement; nous avons vu des malades arriver à l'ulcère sans avoir jamai souffert.

Certains variqueux n'ont pour tout symptôme qu'une gêne dans les fonctions du membre, que l'impossibilité de faire des efforts, d'accomplir une longue marche, à cause de l'apparition rapide de la fatigue.

Quand la douleur existe, elle est très variable, tantôt sourde, tantôt vive, tantôt brûlante, tantôt intermittente, tantôt continue.

Souvent la douleur n'apparaît dans les membres variqueux qu'avec la fatigue, mais aussi elle peut se montrer dès le début du travail ou de la marche.

Un de nos malades avait la sensation d'une brûlure à la jambe quand ses varices faisaient saillie. Sitôt qu'il restait deux heures debout, il lui fallait s'asseoir, et quand il vou-

lait reprendre le travail, après quelques instants de repos, il ne pouvait marcher qu'en boîtant.

D'autres sont pris de crampes dans les mollets. Nous en connaissons un, chez lequel le trouble nerveux amené par la distension des varices était encore plus complexe. Il avait des varices énormes des deux membres inférieurs. Il pâlissait et se trouvait mal quand il était quelques instants sans bas élastiques, comme s'il avait une anémie cérébrale subite.

Parmi les varices qui déterminent des douleurs assez vives, nous citerons les amas variqueux du condyle interne du genou et ceux du creux poplité.

Le voisinage de troncs nerveux et la pression exercée par la flexion sur les vaisseaux malades suffisent pour expliquer le fait. J'ai vu, pendant une opération d'extirpation des veines du creux poplité, le nerf saphène externe augmenté de volume, altéré dans sa couleur, par suite de son envahissement par les capillaires variqueux; il était devenu violacé.

Sur les points saillants et exposés des membres, sur la saillie du mollet, au devant du tibia ou du genou, sur la face antérieure de la cuisse, les saillies veineuses sont souvent aussi le siège de douleurs, spontanément et à la palpation.

Nous avons même été surpris de constater que les amas variqueux de la cuisse, qui sont rares, étaient plus douloureux que ceux de la jambe.

A cause de la rareté des faits, j'en citerai deux exemples tirés de mes observations.

Dans le premier cas, nous sommes en présence d'un banquier, un peu obèse et très nerveux, qui portait au tiers supérieur de la cuisse, face antéro-externe, un petit peloton variqueux gros comme une noisette. Il en souffrait tellement pendant la marche, il en était si gêné pour ses occupations, qu'il demanda l'opération, malgré sa pusillanimité.

Sa douleur était à forme névralgique, réveillée par la marche et la pression.

Le deuxième cas a trait à un pauvre diable de la maison de Nanterre. Son paquet variqueux, situé au tiers supérieur, face antéro-interne de la cuisse, était du volume d'un œuf, formé de plusieurs vaisseaux pelotonnés. Il avait en même temps d'autres varices, mais c'est de celle-là seulement qu'il souffrait. Il fut guéri par l'extirpation.

Quand les varices sont étendues à une grande partie du réseau veineux du membre inférieur, au gonflement, au durcissement, à l'œdème de la jambe, s'ajoutent, le soir, des douleurs variées.

Tantôt des sensations de pesanteur, de plénitude, de distension, de chaleur. Tantôt des démangeaisons, des fourmillements. Tantôt des crampes.

La cessation du travail et même le séjour au lit ne les apaisent pas immédiatement.

Ces souffrances amènent l'insomnie, car il faut plusieurs heures avant qu'elles cessent et que le sommeil puisse venir.

Elles ne sont disparues complètement que le matin avec le gonflement de la jambe.

C'est un mélange de tension de la peau, de gonflement musculaire et de compression nerveuse.

Verneuil a bien insisté sur ces douleurs qui succéderaient, d'après lui, aux varices profondes des muscles.

Quenu explique ces douleurs par l'existence de névrites diverses, et particulièrement de névrite sciatique.

Il a trouvé que le nerf sciatique était entouré et comprimé par une gaine de vaisseaux sanguins extrêmement dilatés à la sortie du bassin.

Dans son premier mémoire, les pièces anatomiques étaient indiscutables, mais quelques observations étaient un peu incomplètes. Une seule était cependant très démonstrative. Un peintre de Rueil avait une névralgie intermittente. On

parvint à établir que son maximum douloureux correspondait avec la distension des varices qu'il avait au membre endolori, et, par une compression préventive, à supprimer la distension et la névralgie.

Acceptée par Trélat, Verneuil et Terrier, cette théorie fut combattue par Berger, qui soulevait l'objection de la douleur musculaire, et Desprès, qui émettait l'idée d'une arthrite sèche.

Mais dans un travail postérieur publié au Congrès de chirurgie de 1892, Quenu donna la preuve expérimentale des faits qu'il avait avancés. Il montra que l'extirpation des varices engaînant le sciatique amenait la disparition des névralgies (1).

Beaucoup de malades qualifient leurs douleurs de rhumatismes, et celles-ci sont considérées comme étant véritablement d'origine rhumatismale par les chercheurs de diathèses; mais en prenant des renseignements précis, on voit que la douleur est fixe, localisée au membre variqueux ou même au paquet variqueux, que d'autres parties du corps ne sont pas atteintes. Cette douleur n'a pas la mobilité rhumatismale; elle dépend absolument des varices, elle disparaît quand les veines sont enlevées. Quoi qu'il en soit des explications, la répétition des douleurs, la gène que le membre douloureux et gonflé apporte aux mouvements, l'impossibilité de longues marches, la fatigue de la journée et les mauvaises nuits constituent un ensemble de souffrances et d'incommodités qui constituent une indication très nette d'intervenir.

L'ulcère. — Si la cure de l'ulcère est une indication urgente d'opération, il n'en est pas moins vrai qu'il est parmi les complications de varices celle qui peut faire hésiter avec le plus de raison.

---

(1) *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, 1888, p. 131.

Il est un nid de microbes, un foyer d'infection. Il est une mauvaise condition pour le succès de la cicatrisation d'une plaie opératoire.

Il faut d'abord essayer de différer l'opération jusqu'à sa fermeture sous des pansements antiseptiques.

Mais s'il est incurable et s'il faut opérer malgré sa présence, il est nécessaire de prendre des précautions spéciales; il faut le préparer de longue date, le rendre aseptique.

Pendant l'opération, il conviendra de détruire les bourgeons charnus au feu ou à la curette et de déployer une attention exagérée à lier tous les vaisseaux veineux pour fermer la voie à une infection.

Cependant, bien que ni l'état d'infection, ni les callosités des ulcères ne fournissent de contre-indications opératoires, vient un moment où toutes les tentatives seraient suivies d'insuccès. C'est quand l'ulcère a fait le tour de la jambe, quand la partie indurée qui les supporte étrangle le membre.

Enfin il est un cas où non seulement l'opération serait inutile, mais bien deviendrait dangereuse; c'est celui d'un ulcère qui, par une longue suppuration, aurait produit des lésions amyloïdes.

Ce n'est plus alors un variqueux qu'il faut guérir, mais un cachectique qu'il ne faut pas tuer.

La phlébite. — A titre urgent parmi les indications de l'extirpation entre ligatures, doit être placée l'inflammation de varices de J.-L. Petit, que nous appelons *phlébite.*

Plus rare que l'ulcère, elle n'est cependant pas très rare. Celle qui se voit le plus souvent est la phlébite adhésive, mais on rencontre aussi la forme suppurée, principalement à la suite de blessures.

Cette suppuration de veines menace d'infection purulente, et il est rationnel de lui donner jour comme dans un abcès, ainsi que le conseillait Parise, de Lille; mais il est encore

mieux d'extirper les vaisseaux malades en fermant la communication avec ceux qui sont sains.

C'est ce que fit avec succès un chirurgien du nom de Tobin (1).

Ayant vu se développer une phlébite septique après une résection qu'il avait pratiquée sur une varice, il rouvrit la peau, enleva les vaisseaux enflammés et guérit son malade.

Quant à la phlébite adhésive, elle est moins dangereuse, spontanée ou provoquée. Elle serait même un des modes de guérison idéal des veines, si dans le caillot de fermeture organisé ne se rétablissaient des vaisseaux et si, d'autre part, elle se limitait toujours. Mais elle prend quelquefois une marche envahissante, lente, mais grave.

Je l'ai vue se répéter pendant six années consécutives, sans amener l'oblitération des varices. Elle n'a fait que favoriser l'apparition de nouvelles varices.

Ces phlébites causent quelquefois à leur suite des plaques indurées étendues, qui compromettent la fonction du membre et produisent, par rétraction ou immobilisation, des difformités des pieds et des orteils, comme le professeur Verneuil l'a signalé pour certaines phlébites des membres inférieurs dans la *Gazette médicale* de 1890.

La rupture. — L'indication tirée de la crainte de la rupture des varices a été très diversement appréciée depuis Paré. Beaucoup d'auteurs affirment qu'ils n'avaient jamais vu de cas graves et que l'hémorragie par rupture pouvait être considérable, mais non mortelle.

L'article de Schwartz (*Dictionnaire Jaccoud*) contient un bon exposé de l'historique de cette question, et donne la juste appréciation de la vraie gravité de cette complication variqueuse.

L'hémorragie ainsi survenue peut être mortelle. Il en

(1) *Medical and circular Press*, 1891.

existe un certain nombre de cas récents, en particulier celui de Polaillon.

Cette terminaison fatale est rare, mais elle menace tous les variqueux.

J'en ai pu recueillir moi-même un exemple cette année (1894).

Une femme de la campagne, cuisinière, tenant un restaurant aux environs de Paris, portait depuis longtemps des varices très douloureuses et un ulcère incurable.

Un jour, elle quitte sa sœur, qui travaillait à ses côtés, pour traverser un jardin de 200 mètres environ. Pendant le trajet, elle rencontre un enfant qui remarque qu'elle perd le sang et lui fait une observation dont elle ne tient pas compte.

On la trouva, quelques instants après, étendue morte au fond du jardin, dans une mare de sang.

La rupture veineuse non suivie de mort est, au contraire, très fréquente. Je l'ai rencontrée sur le tiers des variqueux que j'ai observés. L'hémorragie est très facile à arrêter, mais elle se produit sans prévenir. Elle est souvent spontanée, résultant d'une espèce de nécrose de l'épiderme. Un faible choc, une pression inaperçue peuvent la produire. Elle ne succède pas toujours à une blessure ; on comprend qu'elle puisse devenir très dangereuse pour un homme, soit par le sommeil, soit par l'ébriété.

On a remarqué que c'est toujours par une plaie insignifiante que la vie s'est échappée avec le sang ; on ne peut jamais savoir si l'hémorragie mortelle ne surviendra pas.

Quiconque n'a pas de bas à varices y est exposé.

On peut dire cependant que la variété de varices atteignant des petits vaisseaux en est plus menacée.

IV

DES CONTRE-INDICATIONS.

La sénilité, les altérations viscérales ou des infirmités amenant l'incapacité de travailler, sont les principales contre-indications.

La sénilité ne se mesure pas au nombre des années, mais à l'état des organes de l'individu ; c'est une vérité banale. Il faut refuser l'opération à des hommes épuisés, même s'ils n'ont pas dépassé la quarantaine. Vous obtiendrez, au contraire, de beaux succès sur d'autres qui ont dépassé la soixantaine, mais conservé leur santé.

Une toux chronique, une maladie de cœur, une affection cérébrale ou médullaire, la présence de l'albumine ou de sucre dans l'urine, bien qu'il n'y ait pas encore de cachexie, doivent être considérées comme des tares suffisantes pour faire redouter toute intervention.

Il en sera de même des foyers chroniques de suppuration, lors même qu'ils siègent dans une région éloignée. On devra craindre des complications par infection de la plaie opératoire ; et d'autre part, les reins, la rate et le foie sont, dans ces cas, fréquemment le siège de lésions amyloïdes.

C'est ainsi que l'ulcère variqueux peut devenir une contre-indication s'il est grand, s'il a duré longtemps et causé une forte suppuration. J'ai vu, à plusieurs reprises, des cas de ce genre.

Les infirmités pourront aussi devenir une contre-indication absolue, à condition qu'elles aient amené une incapacité de travail actif.

Mais la discussion à leur sujet doit être faite avec soin.

Par exemple, j'ai jugé bon d'opérer un malade présentant une ankylose à la suite de coxalgie, parce qu'il était charretier, et je serais disposé à opérer un variqueux même s'il

était amputé de l'autre jambe, s'il devait se tenir debout toute la journée.

D'autre part, sur un malade qui, à la suite de l'induration et de la rétraction d'un ulcère variqueux circulaire de la jambe, avait vu survenir un œdème et des lésions éléphantiasiques du pied, j'ai considéré l'infirmité comme incurable, le pied comme inutile, et j'ai préféré l'amputation.

J'hésiterais à intervenir, si l'un des deux membres inférieurs était ankylosé dans une position vicieuse ne permettant pas la marche.

Je repousserais un malade qui ne pourrait travailler par surdité, cécité, paralysie infantile grave, paralysie d'origine syphylitique ou embolique.

Diathèse variqueuse. — A quoi ont abouti les théories pathogéniques et la connaissance plus précise des faits anatomiques? Au découragement des opérateurs.

Pour ma part, je ne me préoccupe ni des diathèses ni des lésions nerveuses. Il me suffit de savoir qu'elles n'infecteront pas une plaie opératoire, et qu'elles ne retarderont pas la cicatrisation, et j'ai été heureux de trouver la même pensée exprimée devant la Société de chirurgie par un chirurgien de la valeur de Lucas-Championnière.

Varices profondes. — Il est vrai qu'on ne peut enlever tous les vaisseaux malades; mais on peut du moins soulager la peau, enlever les parties les plus malades, et interrompre les communications des veines du membre avec celles du tronc, rompre la colonne sanguine comme Trendelenburg.

Les varices profondes viennent faire saillie à la face interne du mollet par des éraillures aponévrotiques. On peut souvent saisir l'extrémité des paquets variqueux. Il n'est pas possible de les extirper ; mais le seul fait de les saisir en partie amène un soulagement.

Cela suffit à guérir les ulcères, à prévenir leur retour, à soulager la douleur, à permettre le travail.

Je ne prétends pas guérir l'état variqueux, mais je sais qu'il n'est pas nécessaire de supprimer toutes les varices pour améliorer l'état variqueux.

Beaucoup de veines déjà dilatées reviennent sur elles-mêmes et à l'état naturel, après l'opération.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894;

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

La cure des buveurs, pratiquée depuis longtemps déjà a l'étranger, en Amérique surtout, a fini par attirer notre attention, et grâce à l'énergique campagne menée par trois médecins, MM. Deschamps et Dubois, conseillers municipaux de Paris, et M. Magnan, l'éminent aliéniste de Sainte-Anne, elle est devenue une des grandes questions du jour (1). Les pouvoirs publics s'en occupent, un concours qui a été clos le 30 novembre dernier pour l'édification, sur un point du vaste domaine de Ville-Évrard, d'un asile d'alcooliques, a réuni trente-trois concurrents, et avant peu la France sera dotée de son premier établissement spécial d'ivrognes. Le sujet est donc de toute actualité.

Or, en avril 1894, alors qu'on commençait à parler de

(1) Voir à ce sujet les cinq mémoires que nous avons publiés à la fin de l'année dernière : *Asiles de buveurs*, in *Gazette des hôpitaux; l'Asile projeté pour les alcooliques de la Seine*, in *France médicale*; *Des villas-quartiers et de leur groupement en village ouvert d'aliénés*, in *Tribune médicale*; *La cure des buveurs*, in *Annales médico-psychologiques; Du régime intérieur des asiles de buveurs*, in *Revue d'hygiène.*

créer dans la Seine un asile de buveurs, et que le Conseil général hésitait encore à prendre une décision ferme, M. Magnan pensa que le meilleur moyen de hâter celle-ci était d'entreprendre d'ores et déjà la cure des ivrognes, et d'organiser dans ce but un service spécial qui, par les résultats qu'il fournirait, prouverait la possibilité de cette thérapeutique et mettrait en défaut le proverbe : *Qui a bu boira*. Il me communiqua cette idée que je m'empressai d'accepter et de mettre en pratique. Ainsi prit naissance mon quartier de traitement des alcooliques à Ville-Évrard. Il fut rapidement organisé et peuplé, si bien que, quand le Conseil général le visita deux mois après, il était en plein fonctionnement.

Notre tentative n'a peut-être pas été sans exercer quelque influence sur le vote du 29 juin 1894, par lequel l'assemblée départementale de la Seine a décidé la création en France du premier asile de cure des buveurs. Quoi qu'il en soit, maintenant surtout que cette décision est prise et que les travaux vont commencer, il importe de persévérer dans notre entreprise, car elle permettra d'ouvrir la maison affectée à cette thérapeutique toute spéciale avec des données acquises dans le milieu même où elle recrutera ses pensionnaires, et en attendant l'achèvement de celle-ci, les alcooliques recevront un commencement de traitement. D'ailleurs les faits constatés déjà au cours de l'exercice 1894, et que nous consignons plus loin, nous autorisent à espérer beaucoup de cette initiative dont le mérite revient au savant médecin de l'admission. En conséquence, il nous a semblé que les nombreux lecteurs de ce journal, en ce moment où la thérapeutique de l'alcoolisme est à l'ordre du jour, prendraient peut-être quelque intérêt à connaître l'organisation de notre section spéciale de buveurs, son fonctionnement, les moyens employés pour guérir la passion de boire, les résultats obtenus et, enfin, les améliorations que nous

nous proposons d'apporter cette année pour mieux assurer le succès de cette médication.

Nous avons affecté aux buveurs le premier quartier de l'asile, qui a été aménagé à cet effet avec l'autorisation de l'administration, laquelle a mis à nous seconder un empressement et une bonne grâce dont je tiens à la remercier sincèrement. L'essai que nous tentions ne nécessitait pas de grands frais et avait l'avantage de préluder à l'organisation spéciale dont on parlait beaucoup alors, sans avoir encore rien résolu. Que les alcooliques de la Seine fussent tous traités dans mon service au lieu d'être éparpillés dans les quatre asiles et que je les soumisse au régime d'une abstinence totale et rigoureuse, base du traitement, au lieu de les laisser au régime commun, il n'y avait rien là qui pût grandement engager les finances du département. L'administration eut l'amabilité de nous laisser carte blanche, nous permettant d'organiser ce nouveau service comme bon nous semblait. Le premier quartier, que je choisis, contient, avec les lits supplémentaires, soixante-quatorze places, et trois serviteurs y sont attachés, le chef et deux aides.

Ce personnel, tout restreint qu'il était, suffisait, à la rigueur, à assurer l'abstinence complète et forcée des alcooliques de la section, à la condition qu'ils n'en sortiraient pas. Avec cela, il ne fallait pas songer à les envoyer travailler au dehors, ou même à les laisser circuler dans l'asile ; mes trois serviteurs ne pouvaient se charger que de défendre l'entrée du quartier à l'ennemi. Un avait mission de surveiller la porte et l'intérieur ; le second, la cour et l'extérieur ; restait le troisième auquel incombaient les courses pour le linge, la nourriture, les médicaments. Je décidai en conséquence que, sous aucun prétexte, les buveurs ne quitteraient la division, pas même pour se rendre au parloir, et qu'ils seraient visités par leurs parents à l'intérieur même de celle-ci. La méthode de traitement appliquée fut ainsi

celle de l'isolement absolu, avec abstinence totale et forcée de toute boisson spiritueuse. Les trois gardiens furent eux-mêmes soumis au régime abstinent, de telle sorte que pas une goutte d'alcool, sous quelque forme que ce fût, ne devait pénétrer dans la section.

Du moment que je condamnais ainsi les alcooliques à rester prisonniers chez eux, je dus me préoccuper de deux choses ; rendre ce séjour agréable et en bannir l'oisiveté, cette mère de tous les vices, enseigne la sagesse des nations. Dans le premier but, nous avons transformé le préau en un agréable jardin avec jeux divers : croquet, billes, boules, crapaud, anneaux, et bancs champêtres; toutes les fenêtres ont été ornées de fleurs et des suspensions fleuries furent placées le long de la galerie ouverte, qui s'est trouvée ainsi transformée en serre ouverte. Ensuite, la salle de réunion et le réfectoire ont été très ornementés; des statuettes aux angles, des tableaux aux panneaux, des suspensions et des lampes ont fait de ces deux endroits des lieux coquets et agréables à habiter; enfin, deux fontaines ont été placées, versant le thé et la gentiane destinés à remplacer le vin. C'est un vrai plaisir pour les familles de venir y passer quelques heures avec leurs malades, de se promener en leur compagnie dans le jardin et de participer à leurs jeux.

Cependant, ce n'était pas assez d'avoir ainsi aménagé l'habitation, car, à la longue, en dépit de ses embellissements et de ses distractions, ce séjour serait devenu insupportable si les malades avaient dû y vivre inoccupés. Nous avons, en conséquence, cherché le moyen de leur donner de l'ouvrage, sans qu'ils eussent besoin de sortir. Pour ceux qui, de leur métier, étaient tailleurs ou cordonniers, pas de difficultés, car ils pouvaient facilement exercer leurs talents sur place. Mais les autres? La confection de chaussons nous parut le travail le plus propre à atteindre ce but. L'ouvrage ainsi trouvé, restait à organiser l'atelier. La section devant loger 74 hommes,

la salle de réunion était, de toute évidence, insuffisante à recevoir un tel nombre de travailleurs. Nous y avons seulement installé la moitié de nos ouvriers et, pour l'autre moitié, nous avons transformé en véranda, ornée elle aussi de fleurs, de suspensions et de tableaux, 20 mètres de la galerie couverte, qui a 43 mètres de longueur, laissant le reste comme abri-promenade pour les jours de mauvais temps. De cette façon fut obtenu un très beau et très confortable atelier. Enfin, pour parer aux maladies incidentes, un des trois dortoirs du quartier a été aménagé en infirmerie, avec les accessoires indispensables, tels que tisanerie, rideaux aux fenêtres et descentes de lits. Jamais donc nos buveurs ne sont dans la nécessité de quitter le quartier, celui-ci étant disposé pour la vie ordinaire, les visites, le travail et la maladie.

Conformément aux principes que nous avons développés dans nos travaux antérieurs, le traitement appliqué est mixte : physique et moral. Celui-là consiste, tout d'abord, dans l'application rigoureuse de l'abstinence absolue de tout alcool. Là, gardiens et malades sont abstinents. Le vin est remplacé par du thé et de la gentiane ; en outre, un pot de lait est accordé comme encouragement au travail, représentant l'équivalent de la ration supplémentaire des travailleurs ; pour les gardiens, en outre, ils reçoivent en argent la valeur de leur vin supprimé. Puisque, d'après nos confrères étrangers, l'ivrognerie serait toujours un simple symptôme, manifestation d'une grave altération nerveuse, nous nous efforçons en même temps de rechercher celle-ci pour la combattre par les moyens pharmaceutiques appropriés, hystérie ou épilepsie non convulsive, neurasthénie ou perversion émotive. Quant au traitement moral, il n'a rien de religieux ; il consiste moins à faire rougir l'alcoolique de ses habitudes qu'à lui en montrer les dangers immédiats. Quoi qu'en pense M. Dubuisson, l'ivrogne, quel que soit son pays et quelle que soit sa religion, sera plus retenu par la certitude

du mal qu'il se fait à lui-même, mal prochain et certain, que par l'espoir du ciel, espoir éloigné et aléatoire. Ce qu'il faut, en conséquence, à notre avis, c'est convaincre le buveur que, pour une courte satisfaction, il se tue physiquement et psychiquement, sans chance aucune d'y échapper, alors surtout qu'il a perdu la raison une première fois déjà. Le jour où, avec de longs mois d'abstinence, on aura fait pénétrer cette conviction dans son esprit, on sera en droit de compter sur sa guérison. Combien de gens céderaient à l'attrait d'un voyage à Cythère s'ils étaient *certains* d'en revenir avec la vérole ou même la simple blennorragie? Pas beaucoup, j'imagine, et pourtant l'appétence des voluptés amoureuses est bien plus aiguillonnante que l'appétence des voluptés alcooliques. Que le buveur soit donc *certain* de laisser au cabaret un lambeau de sa santé chaque fois qu'il y entre, et il n'y entrera point. Pour lui procurer cette certitude, nous avons à notre disposition deux moyens : la lecture et les causeries-conférences. Nous formons une collection d'ouvrages qui, sous une forme littéraire et agréable, instruisent le buveur sur le danger de l'alcoolisme et le mal qu'il se procure. Mais, plus encore que sur les livres, nous comptons sur les causeries-conférences, dont l'idée est encore de M. Magnan, conversations familières pour lesquelles nous aurons la collaboration de plusieurs de nos confrères et de nos collègues, entre autres de M. le docteur Legrain, si versé dans les choses de l'alcoolisme, sur lesquelles il a publié de remarquables travaux et qui a l'intention, très pratique à mon avis, de montrer à nos ivrognes, par des expériences sur les animaux, les ravages de l'alcool. Voilà le traitement moral, tel que nous le comprenons et tel que nous l'appliquons.

Notre quartier spécial fonctionne dans ces conditions depuis huit mois. Il a reçu, durant ce laps de temps, 244 alcooliques, qui se répartissent ainsi :

Mai................	33	Septembre...........	29
Juin................	38	Octobre.............	21
Juillet..............	44	Novembre...........	29
Août................	13	Décembre...........	37

Mais ces 244 sujets n'étaient pas tous des alcooliques purs; parmi eux se trouvaient 18 vésaniques, 9 paralytiques et 3 épileptiques, chez lesquels la folie éthylique aiguë avait masqué l'affection mentale préexistante, soit un total de 30 sur 244 malades, c'est-à-dire la proportion relativement forte de plus de 10 pour 100. Il est intéressant de constater que si, fréquemment, on rencontre des délires multiples par complication éthylique, tant que celle-ci persiste, la vésanie antérieure disparaît, éclipsée qu'elle est par sa violence; il n'en existe pour ainsi dire plus trace. Il serait donc erroné de considérer ces 30 cas comme des erreurs de diagnostic. Il est intéressant également de relever que les folies simples sont celles qui se sont présentées le plus souvent compliquées de folie alcoolique; elles ont été sensiblement plus fréquentes que les folies paralytiques; une seule fois, l'épilepsie était associée à l'alcoolisme. Je noterai encore que, des 18 cas de folie simple, 17 étaient de la lypémanie, un seul était de la manie. Les excès de boissons, si ces premiers résultats se confirmaient, se montreraient, en conséquence, plutôt avec celle-là qu'avec celle-ci, et plutôt dans la vésanie que dans la paralysie générale? Mais une telle interprétation ne serait peut-être pas rigoureusement exacte; il serait plus vrai de dire, je pense, que les folies simples sont plus facilement masquées par le délire éthylique que les folies paralytiques, car les tendances dipsomaniaques sont presque constantes dans ces dernières et plutôt rares dans les premières; de même l'appétence à la boisson des maniaques l'emporte sur celle des lypémaniaques. Pour les uns comme pour les autres, il s'agirait donc moins d'une question de fréquence que d'une plus grande facilité à se

laisser éclipser par les manifestations mentales de l'alcoolisme.

Si nous retranchons de notre total de sujets ayant passé par la section spéciale les 30 dont nous venons de parler et chez lesquels l'alcoolisme n'était qu'un élément secondaire surajouté, nous voyons qu'en huit mois cette section a reçu en traitement 214 alcooliques vrais, appartenant à l'asile de buveurs et qui se répartissent par mois comme il suit :

Mai	30	Septembre	26
Juin	30	Octobre	18
Juillet	42	Novembre	27
Août	11	Décembre	30

Dans un précédent travail, j'émettais cette espérance que l'asile pour buveurs créerait autour de lui le vide des ivrognes et que, quand l'asile pour cinq cents de ceux-ci serait ouvert, Paris, loin d'attirer comme aujourd'hui cette lie sociale, deviendrait un épouvantail. Je me basais, pour penser ainsi, sur l'effet produit par mon quartier spécial; la crainte d'y être mis a accru la tempérance dans une proportion inespérée; depuis qu'il fonctionne, on ne se grise pour ainsi dire plus à Ville-Evrard. Or, il est curieux de relever que les admissions d'alcooliques ont sensiblement diminué depuis le vote du Conseil général et, détail piquant, que ces admissions ont été presque insignifiantes, 11 seulement, durant le mois où fut affiché dans Paris le programme du concours ouvert en vue de la construction d'un asile de buveurs. D'une expérience si restreinte, je ne veux évidemment tirer aucune conclusion; mais il m'a semblé néanmoins intéressant de signaler cette bizarre coïncidence, d'autant qu'en août la soif est assez vive et qu'en juillet les admissions avaient été de 42.

De ces 214 alcooliques, 35 pour 100 seulement étaient célibataires. A Paris, tout au moins, la famille serait donc loin

d'avoir l'influence morale qu'on a l'habitude de lui attribuer, et le foyer domestique ne détournerait pas du cabaret. En effet, le ménage, en réalité, apporte plus de soucis qu'il ne procure de joies, et l'on comprend, à la réflexion, pourquoi tel qui, dans le célibat, était sobre, devient buveur dans le mariage : il noie ses ennuis domestiques. Quoi qu'il en soit, les chiffres sont brutaux ; depuis l'ouverture de notre section spéciale, 35 pour 100 seulement des ivrognes étaient célibataires, contre 65 pour 100 de buveurs non célibataires. Parmi ces derniers se trouvaient 6 veufs, 7 unions irrégulières et 52 unions légitimes. Ainsi, à Paris, les ivrognes se recruteraient de préférence dans la population régulièrement mariée et en puissance de femme ; le veuvage exposerait peu à l'intempérance, et le concubinage moins encore. D'ailleurs, nombreuses, très nombreuses sont les épouses de mes alcooliques qui me confient la sottise qu'elles ont commise en acceptant de transformer en mari l'amant dont la conduite et les égards avaient toujours été irréprochables ; le sacrement leur avait été fatal ; nombreuses aussi sont celles qui m'avouent s'être grandement trompées en espérant que le mariage corrigerait leur homme ; à entendre les unes et les autres, il pervertirait les bons et aggraverait les mauvais. Quel que soit mon respect pour cette institution, que je vénère d'autant plus que je n'en suis pas encore membre, je suis contraint de reconnaître que la statistique de ma section spéciale d'ivrognes ne lui est pas favorable et ne me donne pas le droit de la recommander comme remède à l'ivrognerie.

Ce qui prouverait encore que la famille est un bien faible obstacle à cette passion, c'est que de ces 65 pour 100 de gens non célibataires et adonnés à la boisson, 47 étaient pères : 41 sur les 52 unions légitimes se trouvaient dans ce cas, 2 sur les 7 unions illégitimes, et 4 sur les 6 veuvages. Et les enfants étaient parfois nombreux, témoin la petite statistique qui suit, relative aux 47 pour 100 qui étaient pères :

Un enfant...........	19	Quatre enfants........	5
Deux enfants.........	14	Cinq enfants.........	3
Trois enfants........	5	Six enfants..........	1

Ces proportions centésimales se passent de tout commentaire.

Un autre point qui nous a paru intéressant à étudier pour mieux apprécier et combattre l'appétence alcoolique, est le genre de boissons préféré. Il convient, pour les mieux connaître, de diviser en quatre segments la journée du buveur. A jeun, avant les repas, après les repas, entre les repas. A jeun, le breuvage le plus souvent absorbé est le marc; les données de mon quartier spécial indiquent que sur 100 sujets, 23 usent au réveil de cette boisson; après le marc vient le rhum figuré par 14 pour 100, puis le vin blanc par 8 pour 100; le mêlé-cassis ne donne que 4 pour 100 et enfin 4 pour 100 des buveurs étaient des irréguliers, absorbant tantôt une chose, tantôt une autre. A titre exceptionnel, 1 pour 100 au plus, se trouvent le vulnéraire, l'anisette et le cidre. Il y a en ce qui concerne l'anisette et surtout le vulnéraire une grande différence entre l'alcoolisme de l'homme et celui de la femme à Paris. C'est principalement avec ces deux boissons, et en particulier avec la dernière, que celle-ci s'intoxique. Passant aux liquides pris avant les repas, dits *apéritifs*, nous rencontrons en tête, cela va sans dire, sa majesté l'absinthe. Le détail instructif fourni par les sujets de mon quartier est l'énorme disproportion existant entre l'usage de l'absinthe et l'usage des autres apéritifs. Ainsi ma statistique indique que sur 100 de mes clients 49 se fermaient l'appétit sous prétexte de l'ouvrir, avec cette liqueur, tandis que l'amer Picon et le vermouth ne comptent que 7 et 6 adorateurs. Environ 10 pour 100 n'ont pas de préférence et préludent aux repas par des breuvages jamais les mêmes. Beaucoup plus rare est, d'après mes constatations, l'intempérance immédiatement consécutive aux repas. En effet, pour 100 sujets,

je n'en trouve que 17 qui prenaient du rhum, 4 du marc, 3 du cognac et 10 indifféremment de l'un ou de l'autre. Mais c'est surtout entre les repas, au cours de la journée, que nos malades s'intoxiquent, et s'intoxiquent avec du vin bu pendant le travail; tous les efforts du traitement doivent donc tendre à démontrer le danger de cette habitude. En effet, 76 pour 100, proportion énorme, sont dans ce cas; 3 pour 100 seulement prenaient de la bière, 2 pour 100 du cidre et 12 pour 100 des boissons variées. Aussi l'absinthe avant les repas, l'alcool à jeun et surtout le vin dans le courant de la journée, d'autant plus dangereux qu'on le croit inoffensif et même fortifiant, voilà les trois grandes sources de l'intoxication alcoolique parmi les hommes de la population ouvrière de Paris, d'après les indications fournies par le service spécial des buveurs de Ville-Évrard.

Il était utile de rechercher quels étaient, des quatre moments de la journée que nous avons indiqués, ceux que préféraient les buveurs pour leurs libations. A cet égard, nos ivrognes nous ont fourni la proportion centésimale suivante :

A jeun, avant les repas et au cours du travail....	20	pour 100.
Du lever au coucher, indifféremment...........	18	—
Exclusivement entre les repas, au cours du travail.	16	—
Avant les repas et au cours du travail..........	16	—
A jeun et au cours du travail..................	12	—
A jeun et avant les repas.....................	6	—
Avant et après les repas et au cours du travail...	5	—
A jeun, après les repas et au cours du travail....	2	—
A jeun, avant et après les repas...............	2	—
Après les repas et au cours du travail..........	2	—
Avant et après les repas......................	1	—
Total..................	100	pour 100.

Ainsi, des ivrognes traités à Ville-Évrard en 1894, 60 pour 100 avaient la funeste habitude de prendre de l'alcool le matin à jeun. Je suis certain que si l'on arrivait à leur démontrer les dangers certains de cette coutume, on ferait de

l'excellente thérapeutique, et l'on diminuerait dans une forte proportion le nombre des alcooliques. Pas d'alcool à jeun et pas de vin entre les repas, n'obtiendrait-on que ces deux résultats qu'on aurait réalisé un grand bien.

Il était encore utile de savoir si nos buveurs recherchaient une ou plusieurs boissons fortes et, dans ce dernier cas, quelles étaient les plus recherchées. Notre service spécial, sur ce point, nous a encore fourni la proportion centésimale qui suit, intéressante en ce qu'elle montre une grande diversité de goût, et ensuite en ce qu'elle établit que 14 pour 100 de nos sujets, chiffre relativement considérable, s'intoxiquent exclusivement à l'aide du vin.

Vin	14	pour 100.
Vin et absinthe	13	—
Un peu de tout	12	—
Vin, absinthe et marc	11	—
Vin, absinthe et rhum	9	—
Marc et vin	7	—
Marc, absinthe, rhum et vin	5	—
Vin et rhum	5	—
Vin blanc et rouge et vermouth	3	—
Absinthe et rhum	3	—
Absinthe	2	—
Vin et bière	2	—
Mêlé-cassis, amer Picon et vin	2	—
Vin blanc et rouge	2	—
Mêlé-cassis, absinthe et vin	1	—
Absinthe, vin, vulnéraire et anisette	1	—
Marc et cidre	1	—
Marc, vin et bière	1	—
Vin, absinthe et vermouth	1	—
Cidre et vin	1	—
Vermouth	1	—
Amer Picon, rhum et vin	1	—
Amer Picon, absinthe et vin	1	—
Marc, amer Picon et vin	1	—
Total	100	pour 100.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Étude clinique sur un cas d'hémosphérinurie provoquée par la quinine et suivie d'une néphrite albumineuse aiguë.

A M. le docteur Dujardin-Beaumetz, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique.*

Il s'agit d'un malade, nommé Georges Chronis, âgé de trente ans, lequel, jusqu'en juin 1894, était en pleine santé, car autant qu'il peut se rappeler, jusqu'à cette époque, il n'avait souffert d'aucune maladie. Mais depuis le mois de juin de l'année courante, il demeura pendant deux mois à Naupacte, où il eut plusieurs accès de fièvres intermittentes, sans être soumis à aucun traitement soit par la quinine, soit par quelque autre remède. Comme le malade me l'a assuré, jusqu'à cette époque de son existence il n'avait jamais pris de quinine. Le 20 octobre 1894, le malade se trouvant à Athènes et ayant de nouveau été atteint d'accès de fièvre intermittente, son épouse l'obligea enfin à se soumettre à un traitement médical. Appelé auprès de lui, je remarquai un accès de fièvre intermittente ; j'ordonnai par conséquent, le même jour, un purgatif, ensuite 1 gramme de sulfate de quinine en quatre pilules à prendre chaque heure du jour suivant ; mais deux heures après avoir pris la dernière pilule, le malade fut saisi d'un accès de fièvre à la température de 38°,8, qui dura quatre heures, suivi de douleurs aux reins ; en même temps, le malade ayant uriné, dans un vase de nuit, sa femme remarqua avec étonnement que les urines étaient sanguinolentes, ce qui l'obligea à m'appeler de nouveau promptement. A midi, je vis de nouveau le malade ; la fièvre était légère, la température s'élevant à peine à 37°,9, et une heure après, elle était descendue à sa température normale. J'ordonnai l'application de ventouses sèches aux reins et intérieurement des boissons acides ; comme nourriture, du lait froid, et je me retirai en recommandant de

garder les urines jusqu'au lendemain. Le matin du jour suivant, pendant lequel je vis le malade, ce dernier était complètement apyrétique ; les urines continuaient à être noires, renfermant, comme l'examen chimique l'a prouvé, de l'hémosphérine et de l'albumine. Dès lors, je supprimai l'emploi de la quinine et je soumis le malade à un traitement de décoction-infusion de quinquina royal et d'herbe d'absinthe additionné de vieux cognac. Ainsi le malade se portait bien jusqu'au 6 novembre 1894, lorsqu'il fut soudain saisi de nouveau de frissons et de vomissements ainsi que de fièvre à la température de 39°,5 ; il alla en même temps cinq fois à la selle, ce qui fait qu'ayant été appelé je ne donnai pas de purgatif, mais j'ordonnai seulement 75 centigrammes de sulfate de quinine en trois pilules, à prendre une toutes les heures, le lendemain. Précisément, le 7 novembre, il prit ces trois pilules ; mais trois heures après avoir pris la dernière pilule, le malade, ayant uriné, remarqua que les urines étaient de nouveau sanguinolentes ; il avait aussi des douleurs aux reins. Il fut en même temps saisi de fièvre à la température de 40 degrés et avec 120 pulsations ; cette fièvre dura trois heures. Le soir, lorsque je visitai de nouveau le malade, les urines sanguinolentes continuaient, il y avait aussi des vomissements opiniâtres bilieux, la rate était un peu augmentée de volume ; j'entendis aussi un souffle anémique mou à la base du cœur ; température normale ; pulsations, 90 ; j'ordonnai la potion de Rivière, l'application de sinapismes Rigolot sur la région stomacale et de la glace intérieurement ; comme nourriture, du lait froid. Le 8 novembre, température, 36 degrés ; pulsations, 90. Les urines sanguinolentes continuent ; le même traitement. Le 9 novembre, température, 36 degrés ; pulsations, 92. Il n'a pas du tout uriné ; il y avait des vomissements bilieux, survenant au moindre mouvement du corps. A midi, je vis le malade en consultation avec le professeur Délyannis ; nous ordonnâmes la continuation de la glace et, chaque heure, une petite cuillerée de sirop éther ; comme nourriture, du lait et, à des intervalles éloignés,

du bouillon. Les urines du jour précédent, je les avais envoyées à mon excellent ami M. le docteur Panagiotis Pampoukis, qui remarqua assez de globules rouges de sang, mais altérés, dentelés, la plupart détruits; il observa aussi de l'hémoglobine abondante.

10 novembre. Température, 36 degrés; pulsations, 60. Vomissements plus rares, épistaxis abondante, légère coloration des conjonctives vers le jaune ; le malade n'a pas du tout uriné.

11 novembre. Température, 36°,8; pulsations, 84. Les vomissements ont cessé. Le malade n'a pas uriné depuis trois jours et n'en est pas incommodé. Il prend une décoction de racine de chiendent et du lait mélangé avec de l'eau de Vichy.

12 novembre. Température, 36°,5; pulsations, 82. Langue propre ; le malade a uriné une fois dans la nuit, pur, mais peu ; conjonctives moins jaunes ; les vomissements ont cessé, mais le malade se plaint de ressentir, lorsqu'il se soulève sur le lit, des étourdissements et des éblouissements, ainsi que lorsqu'il fait le moindre mouvement dans le lit en n'importe quel sens. Pendant la nuit, il a dormi tranquillement ; intelligence claire. Le malade prend encore, toutes les deux heures, une cuillerée de décoction-infusion de quinquina et de racine de valériane.

13 novembre. Les étourdissements continuent, faiblesse générale, le malade n'a pas du tout uriné; le visage et les mains enflés, intelligence claire; le malade a vomi deux fois.

14 novembre. Les étourdissements continuent, tendance aux évanouissements ; pendant la nuit, le malade a plus ou moins bien dormi et de nouveau n'a pas uriné. Lait avec eau de Vichy, ventouses sèches à la région lombaire, bain tiède, prolongé.

15 novembre. Le malade a dormi la nuit tranquillement, il n'a pas du tout uriné, il a vomi une fois et se plaint d'une faiblesse générale du corps.

16 novembre. Visage plus enflé ; le malade a uriné une quantité de 300 grammes d'urine, un vomissement, mains enflées ; pieds, non ; par moment, il survient des contractions des muscles ; ayant examiné les urines, qui ont maintenant leur couleur

normale, j'ai trouvé, par les méthodes habituelles, de l'albumine en abondance. Le même traitement.

17 novembre. Le malade a uriné en tout une quantité de 300 grammes d'urine ; il a des nausées et de la tendance aux vomissements. Ventouses sèches aux reins ; comme nourriture, du lait exclusivement ; bain tiède, prolongé. Le malade est allé une fois à la selle.

18 novembre. Pulsations, 76. Le malade a vomi une fois le matin ; il a un peu dormi ; urines jusqu'à 75 grammes seulement, que j'ai envoyées à M. le docteur Pampoukis, chef des travaux bactériologiques, pour être examinées ; j'ai ordonné six pilules de 2 grammes de scammonée et de jalap avec 3 grammes d'extrait de rhubarbe, desquelles il doit prendre deux aujourd'hui, une le matin et une à 5 heures de l'après-midi ; en même temps, un bain tiède prolongé, lait, eau de Vichy. Le soir, à 4 heures, j'ai vu le malade en consultation avec mon ami et confrère M. Spiridion Tacharitsas ; intelligence claire, grande faiblesse, nausées ; nous avons ordonné, avec M. Tacharitsas, du calomel à la dose de 1 gramme en quatre cachets, desquels le malade doit prendre, dès le lendemain, deux chaque jour, ainsi que la continuation du sirop d'éther, chaque heure une cuillerée à café et, chaque deux heures, une cuillerée de décoction de racine de chiendent avec 2 grammes d'acétate de potasse et 3 grammes d'esprit de Mindérer. Il est bien entendu que nous avons cessé de donner les pilules préparées le matin.

19 novembre. Le malade a uriné jusqu'à 75 grammes, visage plus enflé ; il a eu aussi la nuit deux évacuations et a vomi deux fois avec peine ; il a pris un cachet de calomel et a passé une nuit pénible. Pulsations, 76 ; langue sèche. Il a été ordonné un bain de vapeur.

Le soir, pulsations, 76 ; il est allé une fois à la selle et a uriné une quantité de 150 grammes depuis le matin. L'analyse de M. Pampoukis a confirmé mon diagnostic de néphrite albumineuse aiguë, consécutive de l'hémoglobinurie qui a été provoquée par la

quinine; ainsi dans les urines qui avaient une réaction acide, on a trouvé de l'albumine, 1,15 pour 1000; traces d'oxyhémosphérine, d'abondants globules de pus, d'abondants globules rouges de sang, beaucoup de cellules épithéliales pavimenteuses de la vessie et quelques-unes des reins, d'abondants cylindres hémorragiques et quelques-uns hyalins, granuleux, cireux et granulo-graisseux.

20 novembre. État assez bon ; le malade a uriné une petite quantité. Mais ensuite, à 9 heures dn matin, le malade voyant soudain et brusquement arriver, sans aucun avertissement, son frère qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années, tomba, en le voyant, en évanouissements souvent renouvelés ; des défaillances nerveuses survinrent successivement et, enfin, ses mains et ses pieds se trouvèrent en complète paralysie. J'ordonnai une potion cordiale avec de l'éther, à prendre intérieurement, ainsi qu'une solution de citrate de caféine avec benzoate de soude, 2 grammes dans 90 grammes d'eau distillée, toutes les trois heures une cuillerée à bouche. Mais le soir, vers 7 heures, des convulsions survinrent, après lesquelles la mort.

Réflexions. — Cette observation est intéressante, parce que l'hémosphérinurie survenue à ce malade a été produite quoiqu'il prît de la quinine pour la première fois de sa vie, le 21 octobre 1894, tandis que M. le professeur Karamitsas, qui a vu beaucoup de cas d'hémosphérinurie par la quinine, dit qu'il n'a vu chez aucun malade l'hémosphérinurie survenir immédiatement après la prise de la quinine, dans les premiers accès. De même, nous du moins, nous attribuons le court mouvement fébrile, survenu dans notre cas, dès la prise de la quinine (ce qui arrivait toujours au malade), à la quinine même, et non à une simple coïncidence d'accès de fièvre paludéenne survenant en même temps que la déclaration de l'énergie hémosphérinurique de la quinine, comme MM. Pampoukis et Chomatianos l'ont soutenu dans une étude intéressante. D'après nous, la courte durée du mouvement fébrile après l'emploi de la quinine, durée courte

mais intense, ne s'explique pas d'une autre manière. Également intéressante est la continuation, après la cessation de l'hémosphérinurie, de la néphrite albumineuse aiguë consécutive, avec anurie, enflure du visage et des membres supérieurs, nausées, vomissements, que nous attribuons à une forte altération symphorétique et même à une inflammation des reins, provenant de la forte irritation résultant du passage de l'hémoglobine et des débris des globules rouges du sang par l'épithélium rénal. Quant à l'anurie qui a duré des jours entiers, nous ne pouvons que l'attribuer en partie à la néphrite survenue ainsi qu'au rétrécissement et à l'oblitération relatifs des tubes urinaires contournés par l'hémosphérine passant par là; ceci est aussi affirmé parce que, quoique, d'après la deuxième analyse chimique et microscopique des urines, faite par M. Pampoukis, celles-ci, examinées macroscopiquement, fussent depuis plusieurs jours en petite quantité, mais d'une couleur normale, néanmoins l'examen chimique a démontré des traces d'oxyhémoglobine.

Nous finirons ces réflexions en admettant que deux causes principalement contribuent à la production de l'hémosphérinurie provoquée par la quinine, laquelle bien à tort, dernièrement, Kelsch et Kiener, dans leur dernier ouvrage (*Traité des maladies des pays chauds*, p. 866, 1889), ont voulu mettre en doute, en disant que « cette grave accusation ne nous paraît point fondée sur des preuves certaines. Les observations qui servent à l'appuyer, ayant été recueillies à une époque où l'on n'était pas encore familiarisé avec la connaissance des accès de fièvre hématurique, ont pu donner lieu à des interprétations décevantes »; et ces deux causes sont : 1° une prédisposition particulière, *ad hoc*, provenant des conditions individuelles d'idiosyncrasie, et une eupathie des reins vers l'action destructive de la quinine sur les globules rouges du sang et les vaisseaux, et 2° la préexistence dans la plupart des cas des fièvres paludéennes, ainsi que l'abus et aussi rarement le simple emploi de la quinine.

Dr Spiridion Kanellis (d'Athènes).

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux. Un volume de la Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale publiée par O. Doin.

Ce volume, dont les lecteurs du *Bulletin général de thérapeutique* ont eu les prémices sous forme d'extrait, est certainement un des plus intéressants de la collection. Ayant vu, pendant vingt-quatre ans, soigner des fièvres typhoïdes dans les milieux les plus divers, et par des médecins appartenant à des catégories des plus diverses, ayant, pendant un long stage à tous les titres de la hiérarchie hospitalière de Paris, assisté à de nombreuses épidémies de fièvre typhoïde traitées par des médecins vieux ou jeunes, rétrogrades ou progressistes, P. Le Gendre a vu mettre en œuvre toutes les méthodes connues, et nul mieux que lui n'était capable d'écrire sans parti pris la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Dans l'introduction, P. Le Gendre fait sa profession de foi. Mettant en parallèle le brandisme systématique et l'éclectisme méthodique, montrant la faible valeur des statistiques actuelles, au point de vue de la démonstration du meilleur traitement à instituer dans chaque cas particulier, étudiant les influences qui font varier la mortalité, il explique comment il n'est pas brandiste, après avoir failli et même désiré l'être, et comment au contraire, s'inspirant de ces paroles de Dujardin-Beaumetz : « Le meilleur traitement de la fièvre typhoïde est un bon médecin, » et convaincu par l'enseignement du professeur Bouchard que l'avenir de la thérapeutique doit consister à lui donner pour base la pathogénie, il est un éclectique. Il pose ensuite le problème thérapeutique, et pour cela il analyse les éléments pathogéniques du processus typhique en général, et étudie les modifications apportées aux données pathogéniques par les diverses circonstances : âge, sexe, antécédents, état social, ressources matérielles, etc.

La thérapeutique proprement dite se divise en trois parties. *Première partie :* Moyens dont on dispose pour répondre aux indications thérapeutiques : soins hygiéniques, diététique, antisepsie, bactériothérapie, sérumthérapie, antithermie. *Deuxième partie :* Appropriation des méthodes générales de traitement aux cas particuliers, suivant les formes, suivant les méiopragies ou propathies, et suivant l'association de la fièvre typhoïde à telle ou telle autre infection, et traitement des complications, accidents et séquelle. Dans la *troisième partie*, traitant de la prophylaxie, P. Le Gendre étudie les conditions étiologiques, le rôle pathogénique du bacille typhique et enfin les moyens prophylactiques.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir, par cette rapide énumération de ses chapitres, fait une analyse de ce volume; nous espérons seulement avoir donné aux médecins le désir de lire un livre écrit en connaissance de cause, en conscience et de main de maître.

Sapelier.

L'administrateur-gérant, O. Doin.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la bronchite aiguë;

Par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Cochin.

C'est là un sujet tout d'actualité, et par les mauvais temps que nous traversons, ce ne sont pas les rhumes qui font défaut.

Pour montrer le peu de progrès de la médecine, beaucoup de personnes soutiennent que nous sommes incapables de guérir le rhume, même à ses périodes de début. C'est là une profonde erreur, et je soutiens, au contraire, que nous sommes en possession d'une médication et d'un médicament constituant un véritable traitement abortif : c'est l'aconit.

Il y a peu de médicaments sur lesquels on ait plus discuté que sur l'aconit et sur sa valeur thérapeutique, et, ce qui a augmenté notre embarras, c'est la faveur avec laquelle les homéopathes ont accueilli ce remède et en ont exagéré la valeur.

Jusqu'il y a une vingtaine d'années, nous nous servions, en France, exclusivement de la teinture de feuilles d'aconit, et je ne sais trop pourquoi on l'appliquait surtout, dans les services de chirurgie, à combattre les premiers effets de l'infection purulente. Cependant les médecins anglais ne cessaient de nous vanter les bons effets qu'ils tiraient, dans les congestions pulmonaires, de l'alcoolature d'aconit.

Nous fîmes, de nouveau, quelques tentatives, mais les résultats furent nuls et l'aconit fut encore abandonné.

Mais le docteur Henri Guéneau de Mussy, en rentrant en France avec la famille d'Orléans, après 1870, nous fit connaître, à la Société de thérapeutipue, la cause de nos échecs. En Angleterre, on ne faisait usage que de l'alcoolature de

racines d'aconit, préparation active, tandis que celle des feuilles est dépourvue de toute activité. A partir de ce moment, nous avons obtenu de l'aconit de beaux résultats, et désormais ce furent l'alcoolature et la teinture de racines d'aconit qu'on inscrivit à notre Codex. Mais bientôt apparut un autre danger : c'est que non seulement ces préparations sont toxiques, mais encore que certaines personnes présentent, pour ce médicament, une telle susceptibilité, que des doses, même faibles, peuvent déterminer chez elles des accidents mortels.

Chaque année, malheureusement, nous avons à enregistrer, soit avec les préparations d'aconit, soit avec l'aconitine, des cas de mort qui ont entraîné souvent des procès fort délicats devant la justice, et cela à ce point qu'on m'affirme que le professeur Brouardel aurait dit qu'il n'oserait jamais prescrire de pareilles préparations.

C'est aller bien loin, et je vais tâcher de démontrer, au contraire, que, dans le traitement de la bronchite, l'aconit peut nous rendre de très grands services; seulement il faut une extrême prudence dans l'emploi de son administration.

Pouvons-nous, tout d'abord, nous expliquer cette différence d'action entre certaines alcoolatures et certaines autres? Je crois qu'il faut toujours faire intervenir le moment où a été recueillie la plante et dans quelle région, car c'est là un des points les plus curieux de l'étude des aconitines que nous ont fait connaître MM. Laborde et Duquesnel ; c'est que, avec la même plante, avec la même variété d'aconit, on obtenait des alcaloïdes différents, selon qu'elle avait été recueillie dans les Pyrénées ou dans les Vosges. Il paraît que c'est l'aconit des Vosges qui est la plus active.

Mais il faut bien le reconnaître, c'est là, au point de vue des alcoolatures et teintures, un fait secondaire ; celui qui domine, c'est la susceptibilité de certaines personnes pour ces préparations. Tandis que j'ai vu, chez certains malades,

quelquefois cinq gouttes déterminer le picotement de la langue, premier symptôme de l'intoxication par l'aconit, j'en ai vu d'autres, au contraire, qui pouvaient prendre impunément trente gouttes et même davantage de cette alcoolature, sans en éprouver le moindre effet toxique.

Malheureusement, dans le traitement abortif de la bronchite aiguë, ce n'est qu'à coups de doses massives qu'on peut agir ; on ne pourra donc user de cette médication que chez les personnes qui ont déjà employé de ce médicament et ont pu atteindre des doses élevées sans aucun phénomène d'empoisonnement. Mais, me dira-t-on, qu'entendez-vous par haute dose ? C'est quinze à vingt gouttes en une seule fois, et que je répète deux fois en vingt-quatre heures, dans de la tisane chaude. Il s'agit ici de la dose pour un adulte ; pour les enfants, j'avoue que je maintiens les réserves que j'ai formulées à propos de la thérapeutique infantile, c'est-à-dire que c'est avec une extrême prudence qu'il faut administrer les narcotiques chez ces petits êtres.

Lorsque cette médication est bien supportée, lorsqu'elle est appliquée au début même de la bronchite simple, elle la limite et l'arrête dans sa marche, et, le plus souvent, tout se termine par un simple rhume de cerveau, avant que la bronchite ait atteint la trachée et les grosses bronches.

Cette médication, pour réussir, a un autre inconvénient : il faut la prolonger pendant quelque temps, environ huit jours ; alors survient une autre série d'accidents déterminés par la persistance de la médication. L'aconit a un pouvoir très net sur le système nerveux, et, s'il calme les zones douloureuses du trijumeau, il détermine, d'autre part, des troubles d'excitation dans certains points de la moelle, qui se traduisent par des contractures portant surtout sur les membres supérieurs. D'autres fois, ce médicament entraîne d'étranges perversions de la sensibilité. Ayant prolongé outre mesure une médication par l'aconit, j'ai gardé, pen-

dant des semaines, une sensation étrange, comme si un trou était fait à ma chaussure, laissant pénétrer sur mes orteils un courant d'air froid.

Je ne parle pas, bien entendu, des phénomènes toxiques déterminés par l'aconitine ; je rappellerai seulement ici le cas de la femme d'un de nos collègues de la Faculté qui, à la suite d'une dose très minime d'aconitine, perdit la sensation de son nez pendant quelques jours.

En résumé, le traitement abortif du rhume simple par l'alcoolature de racines d'aconit demande, pour réussir, à remplir les conditions suivantes :

1° Il ne s'adresse qu'aux adultes.

2° Il ne concerne que les personnes ayant déjà usé de ces préparations et, sur ce point, le médecin ne peut se reposer que sur lui-même. Le malade en effet peut avoir usé précédemment, à très hautes doses, des teintures homéopathiques ou bien encore de l'alcoolature de feuilles ; il faut donc que le médecin sache bien par lui-même, par des tentatives antérieures, la susceptibilité de son malade pour l'alcoolature de racines d'acon .

3° La médication ne sera jamais prolongée au delà de huit jours, et encore, si les phénomènes nerveux périphériques se produisaient, on cesserait immédiatement l'administration du médicament.

Je crois que, conduite avec cette prudence et avec ces réserves, la médication abortive peut donner de bons résultats ; elle m'en a toujours donné.

A côté de l'aconit, y a-t-il d'autres médications jugulatrices du rhume ? Il en est une qui a été très vantée par Laënnec : c'est l'alcool, et qui conserve encore ses partisans.

Voici la formule de la potion de Laënnec qui, comme on le voit, a devancé beaucoup Todd dans l'emploi de l'alcool dans le traitement des affections aiguës du poumon :

Bonne eau-de-vie.........	De 30 à 45	grammes.
Infusion de violettes très chaude...	90	—
Sirop de gomme................	30	—

Cette potion devait être prise aussi chaude que possible en une seule fois.

Quelques médecins affirment les vertus héroïques de cette préparation, seulement elle réclame un bon estomac, et les tentatives que j'en ai faites sont loin de m'avoir donné d'aussi bons résultats qu'avec l'alcoolature de racines d'aconit.

A ces médications abortives, il faut ajouter, bien entendu, l'ensemble des tisanes et sirops béchiques. La jeune école surtout se montre très sceptique sur la valeur curatrice des tisanes ; sans leur attribuer une action thérapeutique bien active, il faut reconnaître cependant que, dans les rhumes, ces tisanes très chaudes ont une heureuse influence. D'abord, elles calment l'irritation de la gorge par laquelle débute presque toujours le rhume, puis elles entraînent un mouvement sudoral qui, en congestionnant les parties extérieures de la peau, agissent comme de légers révulsifs sur l'ensemble des organes respiratoires. Donc je maintiens l'usage de ces tisanes béchiques chaudes, que je varie le plus possible et que j'associe à un sirop béchique calmant.

Voici la préparation dont je fais le plus souvent usage et dont j'ai donné bien souvent la formule :

Le malade prendra trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, le mélange suivant :

Dans une tasse d'infusion de polygala ou de capillaire ou de fleurs pectorales, verser les trois substances qui suivent :

A. Deux cuillerées à bouche de sirop de Tolu...	300	grammes.
B. Une cuillerée à café d'eau distillée de laurier cerise..............................	120	—
C. Dix gouttes d'alcoolature de racines d'aconit.	10	—

Les chiffres de 300, 120 et 10 grammes, représentent la quantité que doit fournir le pharmacien.

J'ai parlé tout à l'heure de révulsifs. Faut-il en faire usage dans le traitement du rhume simple ?

Tout d'abord, il faut repousser le vésicatoire ; il ne s'adresse qu'aux bronchites graves tendant à se généraliser et compliquées de congestions vives du poumon.

Il ne reste plus alors que les révulsifs légers tels que les papiers chimiques, les emplâtres, médicaments dont l'action est des plus douteuses, mais auxquels certains malades attachent une réelle importance. On voit en effet des clients qui sont persuadés que l'application d'un papier chimique sur la poitrine, non seulement les guérit d'un rhume, mais les en préserve.

C'est là une croyance qui n'a rien de dangereux et à laquelle on peut céder sans inconvénient.

Telles sont les quelques réflexions que je voulais présenter à propos du rhume simple sans complications. Ce sont là des choses qui ont été dites bien souvent, mais je tenais cependant à faire connaître mon opinion sur ce point important de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du méat hypogastrique chez les prostatiques;

Par le docteur Bazy, chirurgien de Bicêtre.

J'ai, en 1882, pratiqué, et quelques mois après, proposé, dans un travail lu à la Société de chirurgie « sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme », et dont mon maître et ami, M. Monod, a bien voulu se faire l'éloquent rapporteur, j'ai, dis-je, il y a douze ans, pratiqué et proposé le méat hypogastrique dans les cas de tumeurs inopérables de la vessie chez l'homme, pour combattre deux symptômes, l'hémorragie et la douleur, mais surtout l'élé-

ment douleur, lié aux envies fréquentes d'uriner, transportant à la vessie un moyen de traitement qui réussit si souvent dans les cancers inopérables du rectum.

Sir H. Thompson avait déjà proposé, il y a vingt ans, la ponction hypogastrique de la vessie sur une sonde introduite par le canal de l'urètre. Depuis, c'est-à-dire en 1887-1888, il a modifié son manuel opératoire, qui se rapproche de celui de la taille hypogastrique, imitant en cela la conduite que j'avais déjà tenue.

Le but qu'il se proposait était « d'arracher un malade à une mort certaine en déviant d'*une façon permanente* le cours de l'urine, lorsque l'urètre est devenu impraticable par le fait de l'affection prostato-vésicale (1) ».

Sans vouloir diminuer le mérite de ceux qui l'ont imité, j'ai cru de mon devoir de rendre à César ce qui appartient à César. Il ne faut pas abuser de la bibliographie, mais encore faut-il en faire un *juste* usage.

Cette opération du méat hypogastrique, telle que je l'avais conçue et exécutée, a été ensuite transportée aux cystites douloureuses, et moi-même, dès 1884, je fistulisais ainsi l'hypogastre d'un jeune homme de vingt ans, atteint depuis quatre ans de cystite intense avec intolérance de la vessie, qui avait résisté à des traitements usités en pareil cas. Ce jeune homme a vécu trois ans ; il est mort de pyélonéphrite suppurative. Il supportait si bien son infirmité, qu'il allait, venait, et même avait, deux saisons de suite, pu chasser, c'est-à-dire se livrer à des exercices fatigants.

J'ai donc quelques raisons d'aimer le *méat hypogastrique*, ce qu'on appelle actuellement, je ne sais trop pourquoi, la *cystostomie hypogastrique*.

Cette année-ci, j'ai fait, quatre fois dans ma clientèle, trois

---

(1) Sir Th. Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. Traduction française du docteur Robert Jamin. Paris, 1889.

fois à l'hôpital, cette même opération pour remédier à des cystalgies très pénibles.

Dans cinq cas, il s'agissait de tumeurs inopérables et, à l'une d'elles, M. Monod me faisait l'honneur d'assister. Deux fois, il s'agissait simplement de cystites douloureuses, et, dans un cas, chez un prostatique.

Vous me pardonnerez, je l'espère, ce préambule un peu personnel ; il était uniquement destiné à montrer que je suis loin d'être l'ennemi du méat hypogastrique, qu'ayant quelque lien de parenté avec lui, je serais assez mal venu à n'en pas dire du bien ; mais vous comprendrez aussi qu'ayant pour lui quelque tendresse, je ne veuille pas le compromettre et compromettre avec lui la santé des malades.

Si donc vous ne me trouvez pas aussi enthousiaste que quelques-uns de nos collègues, veuillez n'y voir qu'un effet de mon éducation chirurgicale et que le résultat d'une pratique un peu différente de celle de quelques-uns d'entre eux.

L'habitude de manier la sonde me donne peut-être un peu de prédilection pour cet instrument ; j'espère vous démontrer qu'on peut s'en servir pour le plus grand bien des malades, un peu plus souvent que ne le pensent les partisans de l'ouverture de la vessie, en d'autres termes que le *drainage de la vessie par les voies naturelles* peut être aussi efficace que le *drainage de la vessie* par une ouverture faite à ses parois.

Le sujet est évidemment difficile à traiter, parce que les éléments de comparaison manquent ; on ne peut pas mettre côte à côte deux individus identiquement atteints et, à l'un, faire un méat hypogastrique, à l'autre, mettre une sonde à demeure ; mais, en prenant des exemples particulièrement graves, je crois que la démonstration peut être aussi complète.

Le traitement dont nous nous occupons ne s'adresse pas

à la prostate, mais aux *symptômes, lésions, accidents*, auxquels donne lieu son *hypertrophie*. Cependant on a dit, et avec raison, que la cystostomie avec fistulisation pouvait avoir pour résultat d'amener la diminution de volume de l'organe ou, tout au moins, le rétablissement partiel ou total de la miction normale.

Ce résultat est obtenu aussi par la sonde à demeure, même dans les cas de rétention complète datant de plusieurs années ; j'ai eu à soigner, il y a six ans, un vieillard de soixante-dix-sept ans, du département de la Nièvre, pour une poussée de cystite avec douleurs violentes et hémorragies ; il se sondait plusieurs fois par jour, depuis plusieurs années, sur les conseils de M. Guyon. Quand il vint me voir, le sondage était très douloureux et très répété. Néanmoins l'évacuation de sa vessie s'imposait ; je lui mis la sonde à demeure ; non seulement tous les accidents se calmèrent, mais jusqu'à sa mort, qui survint trois ans après, il urina sans le secours de la sonde. Deux fois seulement par semaine, plutôt par mesure de précaution que par nécessité, il se sondait pour laver sa vessie.

Cette question de l'influence que peuvent avoir sur la prostate les interventions chirurgicales qui s'adressent à la vessie, cette question, dis-je, mise à part, examinons quelles sont les indications de ces interventions, ce mot *intervention* pris dans son sens le plus large, qu'il s'agisse de la taille, ou simplement du cathétérisme.

Ces indications résultent de complications, et uniquement *de complications ;* car il n'est, je crois, venu à l'idée de personne de faire une boutonnière hypogastrique à un prostatique vidant régulièrement, facilement, une vessie non infectée ou faiblement infectée.

Ces complications sont, ou communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, prostatiques ou rétrécis, ou bien elles sont spéciales aux prostatiques et dépendent de l'existence

d'une hypertrophie prostatique ou de conditions analogues. J'expliquerai plus tard ce mot de *conditions analogues.*

Parmi les premières complications, celles qui sont communes à tous les urinaires, je note : 1° la douleur ; 2° l'hémorragie ; 3° l'infection ; mais je ne les étudierai que chez les prostatiques.

Ces complications peuvent se montrer isolément ou, au contraire, être associées, ce qui est le cas le plus fréquent ; mais l'une, en général, domine l'autre.

1° La douleur peut revêtir toutes les formes, tous les degrés.

Personne ne me contredira si je dis que quelques lavages bien faits, plus répétés, avec des calmants, un régime sévère, peuvent arriver à triompher facilement des poussées de cystites, même assez sérieuses.

Quand ces cystites s'accompagnent de la production de calculs phosphatiques, même volumineux, tous ceux qui ont l'habitude de la lithotritie seront d'accord avec moi pour dire que la taille est souvent inutile, que la lithotritie suffit à débarrasser ces malades de leurs pierres et de leurs douleurs. Je pourrais multiplier les exemples ; je pourrais vous montrer un malade obligé de se sonder toutes les heures, toutes les demi-heures, avec des souffrances très vives à chaque fois, expulsant des urines glaireuses, rougeâtres, puantes, dormant peu et mal, se mouvant avec la plus grande difficulté, marchant courbé en deux, tourmenté à chaque instant par le besoin d'uriner, avec efforts d'expulsion aussi violents du côté du rectum, au point de se croire plus malade de ce côté que du côté de la vessie ; je pourrais vous le montrer absolument métamorphosé après une séance, rarement deux, de lithotritie et quelques jours de sonde à demeure : le besoin d'uriner s'espaçant de plus en plus, tout ténesme disparaissant du côté de la vessie et du rectum, les urines redevenant à peu près limpides, et cet état pouvant

se maintenir de longues années, si les malades veulent prendre quelques précautions.

Je viens d'opérer un vieillard de soixante-dix-sept ans, venu de la Seine-Inférieure, et dont les souffrances étaient si vives qu'en venant, à chaque arrêt du train, il était obligé de s'arc-bouter sur ses mains pour éviter le retentissement douloureux qu'exerçait cet arrêt sur la vessie. La lithotritie l'a complètement débarrassé de ses pierres et de ses douleurs.

J'ai opéré cette année un vieillard de quatre-vingt-cinq ans, qui ne se sondait qu'avec difficulté et au prix de très grandes souffrances, obligé de se lever chaque fois et passant sa sonde avec effort et une vive expression de douleur. La lithotritie l'a, lui aussi, débarrassé et de sa pierre et de ses douleurs.

La lithotritie me paraît d'autant plus recommandable dans ce cas qu'elle ne s'accompagne pas de shock opératoire comme la taille, malgré la brièveté de celle-ci, et que ses suites en sont plus simples et plus bénignes, du moins chez le vieillard.

Est-ce à dire qu'on ne doive jamais faire le méat hypogastrique ? Assurément non. Je n'ai pas hésité à le proposer cette année-ci et à l'exécuter avec succès sur un homme de soixante-cinq ans, auquel j'avais fait la lithotritie en 1889. Je l'ai faite, quoique la vessie très petite ne se prêtât nullement à la distension ; car ne distendant jamais la vessie, je ne crains pas comme M. Guyon (1) d'une part, M. Tuffier (2)

---

(1) La crainte de la rupture peut seule la (la taille hypogastrique) contre-indiquer chez l'homme (F. Guyon, *Leçons cliniques sur les affections de la vessie et la prostate*, p. 960).

(2) On peut cependant le réserver (le drainage périnéal) à ces cas particulièrement douloureux où la distension de la vessie constitue un très grave danger de rupture (*Traité de chirurgie* de S. Duplay et P. Reclus, p. 720, art. Vessie, par Tuffier).

de l'autre, de l'appliquer aux cas où la distension constituerait un danger de rupture.

C'est donc surtout l'état anatomique de la vessie qui doit guider en pareille circonstance, cet état anatomique indiquant l'incurabilité et par conséquent la nécessité d'une fistulisation qu'on peut dire d'ores et déjà permanente.

C'est ce que j'ai fait chez mon malade, et avec succès.

Le symptôme douleur, quoique constituant une indication *puissante* du méat hypogastrique, ne l'est que s'il paraît se lier à un état anatomique, la sclérose vésicale, que s'il est persistant, et surtout s'il se lie intimement *au cathétérisme* comme c'était le cas de M. Diday. Alors pas d'hésitation possible : tout plutôt que la souffrance.

Il faut néanmoins savoir qu'on peut quelquefois se heurter à des refus.

Quand j'ai pris mon service à Bicêtre, j'ai trouvé dans une salle de chroniques un vieillard qu'on m'a présenté comme un urinaire obligé de se sonder. Je lui ai demandé combien de fois par vingt-quatre heures, il m'a répondu quarante fois et je reste encore au-dessous de la vérité. J'ai vu là un cas type de méat artificiel, et le lendemain je l'ai fait venir pour l'examiner ; je lui ai encore répété ma question pour savoir si j'avais bien compris ; j'avais compris. Alors je lui ai montré qu'on pouvait lui éviter cette pénible nécessité de se sonder, qu'il ne souffrirait plus, bref j'ai cherché à lui dépeindre le bonheur de ne plus songer à la sonde ; il faut croire que je n'ai pas été assez éloquent, il m'a refusé net ; il a mieux aimé sa sonde que mon opération. Je n'ai plus trop insisté quand il m'a dit son âge ; il avait quatre-vingt-deux ans. Il est vrai que deux mois après il revenait, mais trop tard pour que je pusse songer à lui faire quoi que ce fût ; il était mort deux jours après.

Un des taillés auquel je fais allusion plus haut et à qui j'avais voulu faire une fistule a détérioré l'appareil que je

lui avais fait faire pour recueillir son urine. Il a mieux aimé pisser souvent et avec quelques douleurs que d'avoir un méat au bas-ventre.

2° Je n'insiste pas sur le symptôme *hémorragie* comme indication de la cystotomie avec méat soit temporaire, soit permanent ; quand l'hémorragie se prolonge, il ne *faut pas hésiter*, que cette hémorragie vienne de la vessie, qu'elle vienne de la prostate.

L'année dernière, j'ai eu l'occasion de la proposer dans ces circonstances; la famille, pour des raisons que j'ignore, l'a refusée ; le malade est mort.

3° La question des accidents infectieux, considérés comme constituant une indication opératoire de la taille, est, à mon sens, une des plus difficiles à résoudre, qu'il s'agisse de prostatiques, qu'il s'agisse de rétrécis ou de vésicaux, qu'il s'agisse d'infections à forme chronique, qu'il s'agisse d'infections, soit à forme aiguë d'emblée, soit à forme aiguë greffée sur une forme chronique; mais elle me paraît surtout difficile pour la forme aiguë.

Deux fois, j'ai eu l'occasion de proposer la taille hypogastrique d'emblée pour remédier aux accidents infectieux.

Dans un premier cas qui remonte à 1886, j'ai fait cette taille hypogastrique avec l'aide de mon ami le docteur Pousson (de Bordeaux) ; le malade a succombé, malgré une désinfection rigoureuse de la vessie.

Dans un autre cas qui ne remonte qu'à l'année dernière, il s'agissait d'un malade auprès duquel je fus appelé par notre distingué confrère le docteur Créquy. Ce malade avait été vu par M. Guyon, qui avait porté le diagnostic de néoplasme possible de la vessie, à cause d'hématuries abondantes qu'il avait eues. Il était, au moment de mon examen, en proie à des douleurs violentes, tenant à l'existence d'une cystite ; les envies d'uriner étaient excessivement fréquentes et les mictions très pénibles et sanglantes. Après examen

par la palpation bimanuelle, j'affirmai l'existence d'une tumeur de la vessie très petite et s'implantant sur le côté gauche du bas-fond.

L'existence de cette tumeur et de ces douleurs indiquait une intervention à laquelle il fut convenu que le docteur Créquy préparerait la famille. Mais une huitaine de jours après j'étais rappelé, la scène avait changé ; aux accidents infectieux locaux s'étaient joints des accidents infectieux généraux. En présence d'une pareille situation, je n'hésitai pas à proposer la taille hypogastrique d'urgence comme le meilleur moyen de parer aux accidents d'infection générale qui menaçaient le malade.

Étant donné la gravité de la situation, nous jugeâmes prudent de nous adjoindre M. Périer. Ceci se passait le soir. Le lendemain matin, M. Périer voulut bien se rendre à notre appel ; je lui exposai la situation, et après avoir formulé mon diagnostic, je conclus à la nécessité d'une intervention immédiate, pour conjurer les accidents infectieux, la tumeur vésicale passant au second plan. Après examen, M. Périer se rangea complètement à notre manière de voir et, séance tenante, nous pratiquâmes la taille hypogastrique qui offrit des particularités assez intéressantes. Nous trouvâmes un néoplasme de la forme et du volume d'une crête de dindon, de consistance ferme, implanté sur le *côté gauche* du bas-fond vésical. Nous l'attirons, et avec lui la portion de vessie sur laquelle il s'insérait ; nous jetons une ligature sur la vessie et nous coupons en avant du fil. La vessie fut drainée, après lavages répétés, au moyen des tubes de M. Périer.

Notre intervention fut inutile ; trente heures après, le malade mourait de son infection après avoir paru devoir bénéficier de son intervention.

Il est évidemment difficile de tirer des conclusions. On nous dira que nous avons opéré trop tard, mais ici c'est vingt-quatre heures après le début des accidents ; il n'est

guère facile d'agir plus tôt. M. Tuffier nous dit que, dans le cas de mort qu'il a rapporté, il a opéré trop tard ; c'est vrai, puisqu'il y avait un foyer dans la cavité de Retzius ; tous les cathétérismes du monde ne pouvaient rien contre ce foyer ; seule l'incision de la taille pouvait et devait l'ouvrir.

Je ne proscris pas la taille hypogastrique dans ces cas-là, *tant s'en faut*, je suis prêt à la recommencer ; mais j'ai l'impression (je vous demande pardon d'employer cette expression, qui ne devrait pas être employée en langage scientifique, mais toute démonstration est ici impossible), mais j'ai l'impression que les cas d'infection aiguë où la sonde à demeure est impuissante résisteraient aussi à la taille hypogastrique. Est-ce qu'on ne voit pas guérir certaines septicémies par des incisions multiples au bistouri ou au fer rouge sur le membre qui en est le lieu d'origine, et d'autres résister à l'amputation de ce même membre et emporter le malade ? Conclura-t-on plutôt en faveur de l'une ou de l'autre intervention ?

Mais passons.

Je serai plus catégorique en parlant des infections à marche chronique. Ici l'antisepsie par les voies naturelles, l'ablation des corps étrangers par les voies naturelles, par la lithotritie, les lavages abondants avec les grosses sondes, au besoin l'écouvillonnage de la vessie constituent d'excellentes opérations qui tous les jours nous donnent des succès.

J'ai cité, chemin faisant, des cas où la douleur paraissait être l'élément dominant, et ces cas ont guéri sans le secours de la taille hypogastrique.

Or ces malades étaient en plus des malades infectés et fortement infectés.

Le vieillard de soixante-dix-sept ans dont je viens de parler et que je viens de lithotriter était mourant, il y a deux ans, au moment où son médecin le vit pour la première fois, étendu dans son lit, dans un état voisin du

coma, la langue sèche, avec de la fièvre et un pouls rapide ; il allait mourir parce qu'un autre confrère lui avait conseillé de ne jamais se faire sonder. On le fit cependant et l'on ne fit que cela ; l'urine était infecte, et pendant longtemps la chambre, paraît-il, en garda l'odeur. La vessie fut lavée, le cathétérisme répété autant qu'il était nécessaire, le malade remis sur pied. S'il eût été plus aseptique, il n'aurait certainement pas eu besoin de recourir à moi.

J'ai eu occasion de voir cette année-ci un calculeux urique âgé de soixante-seize ans, atteint en même temps de cystite intense, ne vidant pas sa vessie, et profondément infecté, pâle, maigre, ne mangeant plus, vomissant le peu qu'il prenait, expulsant incomplètement des urines puantes, arrivé enfin à un état tel que la mort semblait prochaine, et que je dus dire à la famille, que, quelque aléatoire que fût une intervention, c'était encore la seule chance de le tirer d'affaire. Je lui ai fait la lithotritie avec l'aide de M. Grenier, qui dut donner le chloroforme avec une extrême prudence.

Après lavages abondants de la vessie, je lui mis une sonde à demeure. Dire que toute inquiétude cessa dès le lendemain de l'opération serait exagéré, mais bientôt il reprit le dessus, et aujourd'hui il se porte très bien ; il se sonde régulièrement et facilement deux fois par jour, et paraît rajeuni de dix ans.

Dire que je repousse la taille hypogastrique, même dans les cas analogues, serait démentir ce que j'ai dit ici à la séance du 29 juin 1892, à propos des *Calculs enchâtonnés de la vessie ;* mais je réserve la taille aux seules vessies difficiles, irritables, reformant trop facilement et trop rapidement des calculs, et chez lesquelles le nombre des colonnes et la profondeur des espaces intercolumnaires ne permettent pas une antisepsie parfaite. Seulement ne faut-il pas encore trop multiplier ces cas et s'en rapporter aux premières apparences.

Car les vieilles vessies enflammées depuis longtemps supportent plus facilement l'infection, et lui opposent une barrière plus efficace que les vessies récemment enflammées, dont le prétendu émail (1) épithélial est à peine entamé.

Je passe maintenant à l'étude des complications spéciales aux prostatiques, à celles qui dépendent de l'existence d'une hypertrophie prostatique ou des conditions analogues:

Ces complications sont :

1° L'impossibilité du cathétérisme ;

2° Les fausses routes et surtout les fausses routes multiples avec état infectieux ou non ;

3° Les difficultés renaissantes dans le cathétérisme avec état douloureux ;

4° Enfin la distension vésicale à marche lente avec miction par regorgement et phénomènes d'insuffisance rénale.

1° *Impossibilité du cathétérisme.* — M. Poncet admet ici qu'on fasse une ponction capillaire, comme intervention d'urgence, quand on ne peut pas mieux faire ; mais si la miction ne se rétablit pas, il faut se hâter d'intervenir, malgré les cas où l'on a vu cette miction se rétablir, ou tout au moins le cathétérisme devenir possible, après plusieurs ponctions.

J'avoue n'avoir aucune expérience sur la matière ; car les différentes sondes que nous pouvons tous avoir entre les mains m'ont permis *toujours* d'arriver à cathétériser *sans effort* des prostatiques, et à leur laisser ensuite une sonde à demeure. Mais ce que nous observons chez les rétrécis, mes lectures, les conversations que j'ai eues avec des confrères exerçant dans des villes d'eaux où les rétentions ne sont pas rares, me prouvent que ces ponctions répétées n'ont pas la gravité extrême que leur assigne M. Poncet.

---

(1) Nous savons actuellement, après les expériences que j'ai faites, et que C. Sabatier (Thèse de Paris, 1894) a reproduites, que le pouvoir abondant de la vessie est considérable.

Notre collègue avoue qu'il ne se dissimule pas que les raisons qui ont fait le succès des ponctions subsisteront longtemps encore, « que la ponction est plus à la portée de tout praticien, que la taille mérite d'être apprise, d'être sue, pour être exécutée.

« Ce sont là, ajoute-t-il, des considérations qui, certes, ne devraient pas intervenir dans l'appréciation d'une méthode thérapeutique, cependant on les voit journellement inspirer certains moyens de traitement. »

Je suis absolument de cet avis, et c'est pourquoi je me suis efforcé, pour ce qui me concerne, de simplifier et de réduire au minimum le manuel opératoire de la taille hypogastrique, afin de la mettre à la portée de tous, comme doit l'être toute opération d'urgence, et, d'autre part, de vous soumettre un *modèle de sonde*, grâce auquel j'ai pu arriver à franchir facilement des prostates que la manœuvre du mandrin ne m'avait pas permis de traverser.

Aussi, puisque nous sommes obligés de tenir compte du peu de goût ou d'aptitude des praticiens pour la taille, tâchons de perfectionner le manuel opératoire et l'instrumentation du cathétérisme ; nous répondrons ainsi au desideratum de notre collègue.

En résumé, je crois que cette dication de la taille n'est pas sérieuse.

2° *En est-il de même des fausses routes?* — A en croire certaines personnes, il ne devrait pas y avoir d'hésitation, une fausse route, à plus forte raison deux fausses seraient des indications absolues d'ouverture de la vessie, et ces indications seraient encore bien plus pressantes si la vessie était infectée.

Les faits de la période ancienne ou préantiseptique, des faits récents et de tous les jours prouvent qu'en pareil cas la sonde à demeure rend de très grands services. J'en ai un exemple récent, où toutes les conditions étaient réalisées

pour justifier une taille et où cependant je ne l'ai pas faite, et m'en félicite et le malade encore plus.

Homme de soixante-dix-sept ans atteint de stagnation urinaire avec distension, urinant par regorgement, vessie très infectée, infection générale, fièvre, langue sale, sèche, insomnie, souffrances très vives, tentatives de cathétérisme faites aux environs de Paris, qui n'aboutissent qu'à faire saigner le malade abondamment. Quand je vois le malade, je constate deux fausses routes, l'une au cul-de-sac du bulbe, l'autre dans la prostate. Je mets à demeure, au moyen d'un mandrin, la sonde en gomme n° 21. Écoulement d'urine sanguinolente et purulente, d'odeur repoussante, lavages abondants à l'eau boriquée tiède. L'état général et l'état local s'amendent rapidement. Au bout de huit jours, j'enlève la sonde et veux en passer une autre ; impossible. Je suis obligé d'en replacer une avec le mandrin. La première sonde est placée le 13 août, je remets la seconde le 21. L'état général et l'état local, malgré un peu de suppuration du canal, s'améliorant tous les jours, je retire cette sonde le 31 seulement, et, immédiatement après, je peux passer une sonde en caoutchouc rouge ; mais les nouvelles tentatives de cathétérisme, qu'en mon absence on a fait dans la journée, n'aboutissent à rien, et le soir je suis rappelé pour mettre, toujours avec le mandrin, une sonde en caoutchouc rouge, qu'on enlève le lendemain matin. Cette sonde enlevée, toutes les tentatives pour passer avec des sondes de toutes formes sont inutiles, et je suis obligé de replacer la sonde le soir ; cette fois-ci, je la laisse et la fixe bien, pour que le malade puisse se lever. Il se lève donc avec une sonde en caoutchouc rouge dans la vessie, qu'il ouvre de temps en temps, toutes les quatre ou cinq heures, quand le besoin d'uriner se fait sentir, bien plus heureux en cela que les cystostomisés.

Au bout d'un certain temps, il peut même descendre se

promener dans le jardin de la maison de santé. J'ai été obligé de maintenir cette sonde jusqu'il y a dix jours ; actuellement, le malade se sonde très facilement avec une sonde à béquilles toutes les cinq heures ; l'urine est presque limpide, il ne souffre pas, il a tout le temps de préparer ses instruments quand le besoin d'uriner se fait sentir. L'état général est parfait et meilleur qu'il n'avait été depuis de longues années.

Ce tableau que je viens d'essayer de tracer est, croyez-le, celui de beaucoup de prostatiques et de prostatiques graves. Celui-ci est un type à ce dernier point de vue, je vous prie de le croire, et de croire aussi à l'expérience des personnes qui m'ont aidé à le soigner dans la maison de santé où il était.

La sonde à demeure n'est pas *une arme à double tranchant*, comme l'a dit M. Poncet; c'est un drain et un bon drain dans l'immense majorité des cas, et tout le monde peut s'en servir facilement ; elle nous rend, tous les jours, des services chez les calculeux, dont la vessie est infectée, et chez lesquels nous la plaçons après la lithotritie. Combien de fois devrions-nous faire la taille dans ces conditions, et combien peu de fois la faisons-nous, pour le plus grand bénéfice des malades ! Et cependant la taille serait facile chez eux !

3° Je passe à une autre catégorie de faits, ceux dans lesquels les difficultés du cathétérisme se reproduisent à chaque instant, ceux dans lesquels le cathétérisme est douloureux. Dans ces cas, le changement de la sonde, son remplacement par une autre d'une forme ou d'un calibre différent, le placement de la sonde à demeure, les moyens calmants, l'eau chaude en lavements et applications extérieures vous permettent souvent de franchir heureusement les crises et de revenir à une période de calme.

Si l'état douloureux persiste, si le cathétérisme est dou-

loureux et mal supporté, si surtout il y a des menaces d'infection, alors n'hésitez pas.

On rentre dans la catégorie des vessies douloureuses, et alors, quelque pénible que doive être ou que puisse être l'état d'un cystostomisé, *n'hésitez pas*, il faut ouvrir la vessie et la mettre au repos temporairement ou définitivement.

4° Les cas les plus difficiles de la pratique sont ceux de *distension lente* et, en général, aseptique de la vessie. Depuis Civiale, le traitement de ces cas a exercé la sagacité des cliniciens, et il n'est pas un d'entre nous qui ne soit très impressionné quand il en a un à traiter.

Comme le dit très bien M. Poncet, l'infection est là, qui guette la vessie, qui guette le malade tout entier, pour peu qu'on se relâche de la rigueur des prescriptions de l'asepsie et de l'antisepsie, et même, ajouterai-je, sans qu'on ait la conscience de s'en être écarté un instant.

Cependant la somme de succès que m'a donnée et qu'a donnée à d'autres chirurgiens le traitement par l'évacuation lente et progressive, et même par l'évacuation rapide et en un seul coup, m'autorise à m'en tenir à l'évacuation par la sonde, et uniquement par la sonde. Néanmoins, je peux dire que la diversité des cas est telle, dans cette catégorie de faits, que la cystostomie trouvera peut-être ses indications ; elle les trouverait sûrement dans les cas de vessie infectée, mais, pour moi, ce ne serait, dans tous les cas, qu'une ouverture, qu'un méat temporaire ; car le cathétérisme est, en général sinon toujours, facile chez ces malades. Il est toujours facile, parce que quelques-uns d'entre eux ne sont pas des prostatiques, ce sont des vésicaux ; ils rentrent dans la catégorie des malades atteints, comme le disait Civiale, d'atonie primitive de la vessie. C'est à eux que je faisais allusion en parlant des *états analogues* à celui qui résulte de l'hypertrophie prostatique.

Le tableau des méfaits de la sonde et de la sonde à

demeure est évidemment noirci par les partisans de l'ouverture de la vessie. Il suffit de lire les deux phrases suivantes, dans le travail de M. Poncet (1), pour en être convaincu.

Page 287 : « Je suis certain d'être l'écho de nombreuses générations d'internes qui ne doivent guère avoir souvenance de prostatiques, entrés dans nos grands hôpitaux pour des accidents urinaires graves, sortis guéris. »

Et plus loin, page 289 : « Les seuls urinaires grièvement atteints que j'ai vu guérir à l'hôpital ont été ceux chez lesquels la cystostomie avait été pratiquée sans sondage antérieur et avant toute manifestation septique. »

Il est certain que quand on a eu un tel spectacle sous les yeux, on est disposé à en changer et à chercher autre chose ; mais je suis convaincu qu'aucun de mes collègues n'a été aussi mal partagé que lui, et que ce seraient d'autres considérations qui les guideraient dans la détermination de l'acte opératoire.

Messieurs, toutes les contre-indications du méat hypogastrique que je viens d'indiquer disparaîtraient, toutes mes objections tomberaient si nous étions arrivés à ce degré de perfection que les malades ainsi opérés fussent tous et toujours continents, et qu'ils fussent à l'abri de l'infection, et elles disparaîtront sûrement si ce jour arrive. Encore faudra-t-il tenir compte de la gravité plus grande de la taille. En est-il ainsi ? Non, les uns sont continents, les autres ne le sont pas sans qu'on sache pourquoi. Sont-ils à l'abri des accidents d'infection ? Voyez la relation (2) de l'autopsie de M. Diday et celle de sa vie urinaire après l'opération, très heureusement, très habilement et, j'ajoute, très pertinemment faite par M. Poncet.

---

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1894, p. 288-290.

(2) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 153

« La miction, soumise à la volonté, s'opérait dès lors uniquement par le méat hypogastrique, sous forme d'un jet en anse dont les dernières parties seules s'échappaient quelquefois en bavant ; c'est à peine si quelques gouttes d'urine ou de muco-pus s'écoulaient encore par l'urètre pénien et seulement de temps à autre, miction nulle au point de vue physiologique et qu'il avait du reste cherché à supprimer le plus possible en raison des douleurs ou des prétendus accidents inflammatoires qu'elle provoquait.

« Le seul *incident* (notez le mot) qui mérite d'être signalé, en dehors de quelques troubles fonctionnels qu'il régularisait par des cathétérismes et des irrigations vésicales toujours pratiquées par le méat hypogastrique, a été la présence de calculs dont l'extraction devint nécessaire en raison des symptômes qu'entraînait leur présence (hématurie, douleurs à la fin de la miction, etc.).

« Le 8 juin 1893, après exploration sous anesthésie, quatorze calculs phosphatiques à forme plus ou moins irrégulière furent extraits par l'orifice hypogastrique débridé en bas. Cette fois encore, les suites furent simples, et dès le 26 du même mois, notre cher malade retrouvait de nouveau la continence. »

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, écouter l'histoire d'un prostatique à qui on n'aurait pas fait de cystostomie ? Il y a une différence, cependant, c'est que j'appellerais *accidents et complications* au lieu de ce simple mot : *incident*, la présence de quatorze calculs phosphatiques, les hématuries, les douleurs à la fin de la miction, etc...

Ce n'est pas tout, je continue :

« Le 15 juillet, nouvel accident. Apparition, sans cause nettement appréciable, d'une épididymite gauche qui se termina par résolution. »

Mais je note qu'elle se reproduisit et qu'à l'autopsie on trouve « une épididymo-orchite suppurée à gauche, avec phlegmon chronique périvésiculaire du même côté ».

Je reprends la description :

« Ayant eu, trois semaines ou un mois avant de s'aliter, des envies d'uriner qui paraissaient un peu plus fréquentes et des douleurs à la fin de la miction, M. Diday songeait à réclamer une nouvelle intervention, quand, le 21 décembre, une affection intercurrente vint détourner l'attention de l'appareil urinaire ».

Cette nouvelle intervention était nécessitée par la formation de « trois nouveaux calculs phosphatiques dont le plus gros a le volume d'une noisette. »

J'avoue qu'en lisant cette relation, j'ai été douloureusement impressionné comme homme, mais j'ai été non moins surpris comme chirurgien.

Comment, M. Diday, l'apôtre si convaincu de la cystostomie, avait été réduit à se faire traiter et soigner comme un prostatique qui fait passer une sonde par son urètre naturel ! Je n'insiste pas.

On dit qu'il faut parler fort pour se faire écouter, mais il ne faut pas assourdir les gens. Quand on n'a vu du cathétérisme que les méfaits, on conçoit qu'on s'en méfie et qu'on veuille autre chose.

Il est sans doute très intéressant et très suggestif de donner beaucoup d'observations de cystostomie sus-pubienne, mais il est non moins intéressant surtout pour les malades de n'avoir pas la vessie ouverte ; car loin d'être dans l'alternative de vivre avec une vessie ouverte ou de mourir avec une vessie fermée, beaucoup de malades vous diront et vous *prouveront* qu'ils vivent *longtemps* et *très bien* avec une vessie *fermée*. Seulement ils l'ouvrent de temps en temps au moyen de la sonde, ils la lavent et sont très satisfaits de leur situation.

Le grand nombre de cystostomies avec méat hypogastrique publié en si peu de temps m'a un peu surpris. Les chiffres m'ont paru exagérés, car le méat artificiel ne peut être qu'une dure nécessité et ne doit être qu'une exception.

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1) ;

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

L'OPÉRATION

L'opération que je conseille et que je pratique dans le traitement des varices est l'extirpation complète ou du moins la résection très étendue entre ligatures.

L'opération en elle-même n'a rien de nouveau.

Déjà on trouve dans Galien, *De methodo medendi*, à l'article Varices, la recommandation de lier les vaisseaux malades avant de les exciser.

Dès le septième siècle, Paul d'Égine, médecin grec, décrit en détail la manière de disséquer, de lier, et de réséquer les veines variqueuses en un lieu d'élection au-dessus du genou.

Il ajoute que cette méthode était suivie par ses prédécesseurs.

L'extirpation était employée également. Celse décrit le procédé qui consiste à disséquer les vaisseaux en les laissant béants ou en les cautérisant.

Déjà se discutait la question de la meilleure opération.

Fabrice d'Aquapendente, qui fut une des gloires de l'école italienne dans la deuxième moitié du seizième siècle, eut le mérite d'appeler l'attention sur les défauts de l'extirpation.

Blâmant les pertes de sang inutiles, il recommanda d'employer la ligature de Paul d'Égine.

Il y joignait, d'après les doctrines d'Hippocrate, la ponction des varices pour évacuer le sang fluxionnaire, et, d'après ses idées personnelles, l'application d'astringents pour flétrir et resserrer les vaisseaux dénudés.

(1) Suite. Voir les deux précédents numéros.

Après Fabrice d'Aquapendente, la résection partielle fut seule pratiquée.

Nous ne pouvons mieux exposer les pratiques de ce temps qu'en reproduisant la description nette et explicite, en vieux français, de l'opération des varices par Ambroise Paré (1):

« L'on coupe souventes fois la varice au-dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genouïl où la pluspart se trouue l'*origine et production* de la veine variqueuse, car, communément plus bas, elle se diuise en plusieurs rameaux, à raison de quoy l'opération est plus malaisée... Pour ce faire, il faut situer le malade à la renuerse, ayant les iambes étendües non du tout, mais vn peu fléchies.

« Cela faict, on fera vne ligature à la cuisse, vn peu au-dessus de l'ouuerture qu'on y fera et quatre doigts au-dessous, vne autre, à fin de tuméfier la vaine, et dessus le cuir, à l'endroit de la veine, on fera vne marque d'encre pour ne faillir à faire l'incision, laquelle se fera en cette manière : C'est que l'on eslèuera cuir en haut des deux costez et on fera l'incisiô au cuir sus le corps de la veine sans toucher à icelle, où l'on auoit marqué d'encre.

« L'incisiô faicte, la veine sera manifeste à la veüe, et par dessous icelle on passera une aiguille à séton, enfilée à double fil, nô ayant poincte aigüe, mais vn peu ronde, de peur d'inciser la veine, et on séparera les membranes de la veine, tant en haut qu'en bas, puis on desfait les bandages de la cuisse, et après on liera fermement la veine à la partie supérieure, puis le corps de la veine au-dessous de la ligature sera incisé, ainsi que si l'on vouloit faire vne saignée, et par cette ouuerture sera éuacué le sang de la partie inférieure tant qu'il sera nécessaire, et lors on liera la partie inférieure de la veine comme on a fait la supérieure et après on coupera entièrement le corps de la veine entre les deux ligatures, laquelle estant coupée, ses deux extrémitez se retirent et cachent tant d'vn costé que d'autre.

(1) Edition de 1607, *Œuvres de Paré.*

« Et faut noter que la ligature de la veine doit estre laissée jusqu'à ce qu'elle tombe de soy-mesme et, pour les remèdes particuliers, on appliquera vn restraintif, tant sur la playe, comme ès parties voisines et de trois iours ne sera touché à la playe.

« Le reste de la cure se fera comme les autres.

« Autre manière de couper la varice, c'est d'appliquer vn cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas ; et par ce moyen il y demeure vne *espace vuide* où après s'engendre de la chair ; et puis la cicatrice, qui sera dure et espesse, empeschera la fluxion en bouschant le passage de la dite veine.

« Et par ce moyen la veine variqueuse sera guarie. »

A proprement dire, Paré faisait la section entre ligatures, et non par la résection.

La résection des vaisseaux variqueux, même sur une petite étendue, même avec la précaution des ligatures, rencontra, jusqu'à nos jours, une très forte opposition.

Elle eut d'abord contre elle ce que je puis nommer le préjugé humoral.

En effet, les anciens disaient que l'excision des varices peut avoir un retentissement fâcheux sur les organes internes (1), surtout lorsqu'il existe un état mélancolique du sang (2).

Paré, de son côté, donnait ainsi son opinion :

« Il est meilleur de ne toucher aux invétérées parce qu'elles préservent de plusieurs maladies, à cause que le sang regorge aux parties nobles, dont s'ensuit ulcères, chancres et suffocation. »

Puis on l'accusa de manquer son but, de ne guérir ni ulcères ni varices ; on lui reprocha même d'en produire de nouveaux.

---

(1) Galien et Hippocrate.
(2) Avicenne.

Scultet (1) se reproche de l'avoir tentée ; son unique opéré l'accable de reproches. Dionis (2) ne la conseille pas.

Hogdson, dans son important traité sur les maladies des artères et des veines, 1815, rassembla une série de cas funestes.

Quant à l'extirpation, Lisfranc ayant essayé de tirer de l'oubli ce procédé qu'il considérait comme une opération rationnelle, perdit d'infection purulente 3 malades opérés sur 5. Il en résulte que l'extirpation et la résection partielle furent, dès le commencement de notre siècle, unanimement repoussées par Desault, Dupuytren, Vidal de Cassis, Michon, Guérin, Briquet, Nélaton et, depuis l'accident de Lisfranc jusqu'à la période antiseptique, seul Rima osa tenter la résection des varices entre ligatures.

L'emploi des anesthésiques, la sécurité obtenue dans les opérations par les antiseptiques, le renversement des théories anatomopathologiques de Verneuil, ont rendu à ces opérations le rang qu'elles méritaient.

La question est de nouveau posée. Nous préférons la résection large ou extirpation ; d'autres la préfèrent plus restreinte, suivant la méthode de Trendelenburg.

L'*extirpation* a l'avantage de permettre de voir ce qu'on fait.

Elle n'est pas plus dangereuse que la résection au-dessus du genou, en prenant bien la précaution de lier tous les vaisseaux à ouvrir.

Elle répond aux indications fournies par l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Elle enlève, avec la veine malade, des tumeurs qui agissent par compression et par usure, et qui peuvent devenir un corps étranger.

Elle fait disparaître la source qui alimentait les capillaires, qui propagent la sclérose et la périphlébite.

---

(1) *Armamentarium chirurgicum*, 1653.
(2) *Opérations de chirurgie*, 1716.

Elle enlève les plaques d'endophlébite.

Elle a pour effet de forcer le sang à passer par des collatérales plus ou moins obliques et petites, mais sans sanies.

La circulation collatérale supplée facilement à ce canal principal oblitéré; personne, du reste, ne l'a jamais contesté.

Si même la destruction d'une assez grande étendue de veines superficielles avait pour résultat de diriger le courant sanguin vers les veines musculaires, ce ne serait qu'un avantage; la compression des muscles volontaires aidera l'effort des muscles lisses pour faire circuler le sang (1).

On ne peut reprocher à notre procédé que d'être laborieux et long, d'exiger une habileté d'anatomiste pour disséquer les veines de la jambe. Il est vrai que la simple résection de quelques centimètres de saphène au-dessus du genou, dans un tissu graisseux, non induré et non adhérent, est plus facile. Mais est-il plus sûr? Je crois, pour ma part, que la destruction large des veines malades est beaucoup plus rassurante, et je sais que la question de difficulté n'a jamais arrêté un chirurgien.

La *résection partielle* au-dessus du genou a pour résultat immédiat de refaire une valvule artificielle. C'est un moyen palliatif. S'il amène la guérison, il ne l'obtient que par voie détournée. L'ancienne explication des vieux auteurs ne nous suffit plus. Nous savons bien qu'on ne peut couper le mal à son origine ni *séparer les veines de leur nourrice*. En bouchant les passages de la veine, en faisant un barrage, une valvule, on diminue la pression sanguine sur les vaisseaux variqueux. On les met donc dans des conditions favorables pour que leurs lésions puissent rétrocéder; mais cela ne ferme pas les capillaires sclérogènes, cela ne fait pas disparaître les plaques d'endophlébite, et s'il survient, comme

(1) Verneuil, au contraire, considérait les veines superficielles comme une voie de dégagement et un moyen de soulagement des profondes.

nous l'avons vu, une coagulation sanguine dans les varices où le sang est ralenti, le malade est menacé de phlébite progressive.

Mais cette opération a l'avantage d'être facile, courte, de ne pas nécessiter d'anesthésie profonde ; aussi a-t-elle eu la préférence dès l'antiquité à nos jours.

Seulement, je ne saurais trop le répéter, elle est incomplète.

Je diffère, du reste, des autres opérateurs par la manière d'employer la résection. La plupart attendent des indications résultant de la gravité du mal. Au contraire, je cherche à prévenir le développement du mal et à le faire disparaître dès qu'il se montre.

Aussi puis-je, quand le mal est circonscrit, faire l'extirpation complète. Mais si je me trouve en présence d'un homme variqueux jusqu'au cœur, je me vois forcé de subir le traitement palliatif; et encore, dans ce cas, à la valvule artificielle de la cuisse, joindrai-je l'extirpation des varices de la jambe, pour détruire l'ectasie sclérogène des capillaires.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol (1);

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

POMMADES.

Les corps gras, huiles, pommades, vaselines, associés avec différentes substances, ont une certaine valeur en tant

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

que traitement local. Ils diminuent la tension et la douleur de l'exanthème et méritent d'être conservés en tant qu'applications locales, surtout dans les cas où la limitation de l'exanthème est impossible, surtout à la face quand le cuir chevelu commence à être envahi. Mais ils n'ont, en aucun des cas où nous les avons employés, mérité l'étiquette de *médication abortive* de l'érysipèle.

Jorissenne se sert d'une pommade au sublimé.

M. Dujardin-Beaumetz emploie les frictions mercurielles.

M. C. Paul se sert d'une pommade formée de sucrate de chaux et de vaseline à 10 grammes pour 40 grammes.

Hacker fait toutes les heures des frictions avec :

Huile de coco........................	15g,00
Cocaïne.............................	0 ,30

Tichomirow badigeonne les plaques et leur pourtour avec de la teinture d'iode appliquée trois à quatre fois par jour. Sur les muqueuses, il emploie la glycérine iodée.

Koch badigeonne les parties malades avec la pommade suivante :

Créoline............................	1g,00
Iodoforme...........................	4 ,00
Lanoline............................	10 ,00

Konetselke fait des frictions à l'huile phéniquée à 10 pour 100.

Nussbaum emploie la vaseline et l'ichthyol, parties égales.

Klein fait des frictions trois à quatre fois par jour avec une pommade à l'ichthyol à parties égales : par-dessus, on place successivement une couche de gaze hydrophile imprégnée d'eau salicyliquée et une couche d'ouate non dégraissée. Avant l'application de la pommade, on lave les parties malades à l'eau de savon et l'on continue la médication jusqu'à ce que trois ou quatre jours se soient passés sans fièvre.

Quelques observations d'érysipèles traités par la vaseline à la créoline, la vaseline à l'ichthyol, l'huile phéniquée, la vaseline boriquée, montreront que, si ces traitements diminuent la tension et la douleur, ils ne font nullement avorter l'érysipèle, ainsi qu'en témoignent les observations suivantes que nous puisons dans nos notes.

VASELINE A LA CRÉOLINE.

Observation I. — C..., Joseph, cinquante-deux ans. Première atteinte, face. Début 15 juin. Entrée le 18. Température, 39°,5. Traitement : vaseline à la créoline. Apyrexie seulement le 23 juin.

Observation II. — M..., Joséphine, quarante-deux ans. Première atteinte, face. Exanthème le 13 septembre. Entrée le 16. Température, 40 degrés. Apyrexie le 20 septembre seulement.

Observation III. — H..., Prosper, quarante ans. Première atteinte, face. Début le 24 septembre. Malgré l'application de vaseline à la créoline, le malade a eu plusieurs rechutes dans le service et n'est sorti guéri que le 20 octobre.

VASELINE BORIQUÉE.

Obervation I. — M..., Rosalie, dix-neuf ans. Première atteinte, érysipèle facial. Début le 27 février. Entrée et traitement le 1er mars. Température, 40 degrés. Apyrexie et amélioration le 8 mars.

Observation II. — M..., Marie, vingt-neuf ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 24 avril. Entrée et traitement le 27 avril. Température, 39 degrés. Apyrexie le 4 mai 1893.

HUILE PHÉNIQUÉE.

Observation I. — R..., Françoise, vingt-trois ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 3 avril. Entrée et traitement le 7. Température, 40 degrés. Apyrexie et amélioration le 12 avril seulement.

Observation II.— C..., Cécile, seize ans. Première atteinte, face. Exanthème le 7 mai. Entrée et traitement le 8. Température, 40 degrés. Apyrexie le 16 mai seulement.

Observation III. — L..., Céline, vingt-huit ans. Première atteinte, face. Exanthème le 6 février. Entrée et traitement le 7. Température, 40 degrés. Apyrexie le 14. Guérison définitive le 18 février.

VASELINE A L'ICHTHYOL.

Observation I. — B..., J.-Henri, vingt-neuf ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 29 mai. Entrée et traitement le 2 juin. Phénomènes généraux intenses. Malgré la balnéothérapie instituée en même temps, la température reste à 40 degrés jusqu'au 18 juin. Apyrexie le 21 seulement.

Observation II. — L..., Marie, quarante-six ans. Première atteinte, érysipèle facial, le 5 juin. Entrée et traitement le 9. Température, 40 degrés. Apyrexie le 14 juin.

Observation III. — L..., Guillaume, trente-sept ans. Première atteinte, érysipèle facial, le 3 juin. Entrée et traitement le 6. Température oscille entre 39 et 40 degrés. Apyrexie le 18 juin seulement.

Observation IV. — S..., Ernest, quarante-cinq ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 81 juillet. Entrée et traitement le 24. Température, 40 degrés. Apyrexie le 31 juillet seulement.

Observation V. — S..., Xavier, soixante ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 9 juillet. Entrée et traitement le 10. Température, 40 degrés. Phénomènes généraux intenses. Le malade est un éthylique; il meurt le 20 juillet.

Nous sommes loin des conclusions de Klein, de Berlin, qui dit que l'ichthyol arrête le mal, abrège sa durée de moitié, et en atténue notablement la gravité. Les quelques ob-

servations que nous venons de publier, et extraites au hasard des nombreux cas traités par cette méthode, nous dispenseront de tout commentaire.

MÉTHODES AGISSANT PAR COMPRESSION.

Après ces méthodes, où l'application locale d'une substance forme le fond du traitement, voici venir un procédé nouveau : la compression du bourrelet érysipélateux.

Collodion seul ou associé à des antiseptiques. — Depuis longtemps, Robert Delatour avait essayé d'empêcher l'extension de l'érysipèle par une barrière de collodion.

Nous avons également repris cette méthode, et nous avons eu presque toujours des échecs, au point de vue de l'application, car, outre que le collodion est irritant et douloureux, il se fendille et se casse facilement après l'évaporation de l'éther, de telle sorte que la barrière est rompue.

En vue de supprimer la douleur et l'irritation, nous avons circonscrit la plaque érysipélateuse, soit avec le stérésol, le lysol, le sublimé, la teinture d'iode, etc. ; nous avons eu les mêmes insuccès, de même qu'avec l'ichthyol incorporé au collodion. Presque toujours, la barrière était franchie par l'érysipèle, ou bien elle était détruite par la cassure du collodion.

Voici d'ailleurs quelques observations; la première est celle d'un érysipèle récidivé traité au collodion à l'ichthyol; la deuxième observation, une première atteinte traitée au collodion au stérésol. Dans ces deux exemples, malgré la faveur d'une atteinte antérieure, au point de vue de l'atténuation dans le premier cas, la barrière a été franchie. Il n'en a pas été de même dans le troisième cas, mais là on avait affaire à une forme atténuée primitive qui guérit et avorte sans traitement.

OBSERVATION I. — R..., Marthe, dix-huit ans. Deuxième at-

teinte d'érysipèle facial. Entrée à l'hôpital le 4 août. Exanthème la veille. Température, 39°,4. Le 5 août, application du collodion à l'ichthyol. Franchi le 6 août, remis le 7 et franchi à nouveau le 8. Apyrexie le 15 seulement. Sortie le 24 août.

OBSERVATION II. — D..., Alexandre, cinquante-sept ans. Première atteinte, érysipèle de la face. Exanthème le 15 août. Entrée le 16 au soir. Température, 39°,8. Traitement le 17 août, franchi le lendemain. Passage aux convalescents le 24 août, sorti le 27.

OBSERVATION III. — M..., Joséphine, soixante-neuf ans. Première atteinte d'érysipèle de la face. Exanthème le 17 août. Entrée le 19. Température, 37°,6. Traitement le 20 août. Barrière non franchie. D'ailleurs, pas de phénomènes généraux. La température n'a pas dépassé 37°.6 (température vaginale).

Nous avons connu les mêmes insuccès avec le papier vernissé de Barwel et le diachylon de Wolfler, qui sont d'une application beaucoup plus difficile que celle du collodion.

Nous reparlerons un peu plus loin de l'application de traumaticine simple et de ses résultats ; cette méthode ayant été également préconisée par Wolfler.

VERNIS A L'ICHTHYOL.

Voici une méthode qui se rapproche un peu du traitement par la traumaticine à l'ichthyol, et que nous avons également essayée.

Elle consiste à établir une barrière à la périphérie de l'exanthème à l'aide d'un vernis dans lequel on a incorporé de l'ichthyol. Cette méthode a été préconisée en premier lieu par Unna, de Hambourg, puis Scheninger, Kopp, Schwimmer à l'étranger, Latteux et Chatelain en France. Comme le prouvent les observations qui suivent, cette méthode a donné lieu à de nombreux insuccès.

Observation I. — La nommée B..., vingt-cinq ans. Première atteinte, érysipèle facial. Prodromes le 1er avril. Exanthème le 3. Entrée le 5. Érysipèle intense, phlycténulaire. Urines rares, albumineuses. Température, 40°,3. Application du vernis à l'ichthyol le jour de l'entrée. Barrière franchie le lendemain. Nouvelle application. Même insuccès. Apyrexie le 14 avril seulement. Sortie le 24.

Observation II. — C..., Élisa, quarante-six ans. Première atteinte, érysipèle facial. Exanthème et entrée le 6 avril. Exanthème intense. Albuminurie dans les urines. Température, 40°,6. État typhoïde. Application du vernis à l'iththyol, franchi le lendemain. Balnéothérapie. Apyrexie le 14 avril seulement. Sortie le 24.

Observation III. — La nommée V..., vingt-six ans, entre le 21 avril pour une cinquième atteinte d'érysipèle glacial, grave malgré les atteintes antérieures. Température, 40 degrés. Application de vernis le 23 avril. Barrière franchie le lendemain. Apyrexie le 31 mai. Sortie le 11.

Observation IV. — Le nommé D..., quarante ans. Première atteinte, érysipèle facial. Exanthème le 18 avril. Entrée le 19. Application du vernis le 20. Température, 40 degrés. Barrière non franchie. Apyrexie le 23 avril. Sortie le 28.

Observation V. — B..., cinquante ans. Première atteinte, face. Entrée le 19 avril. Exanthème la veille. Température, 38°,5. Application du vernis le 20 avril. Barrière franchie le lendemain. Apyrexie le 24. Sortie le 2 mai.

Comme on peut le voir, l'application du vernis n'a réussi qu'une seule fois (observation IV), et encore nous pouvons supposer que nous avons eu affaire à une forme abortive. Dans l'observation III, l'insuccès a eu lieu sur une cinquième atteinte.

Nous avons eu constamment des succès dans les formes atténuées primitives dont nous publions une observation.

Observation VI. — Le nommé L..., Georges, trente-six ans, est pris, le 21 avril, de prodromes légers, précurseurs d'un érysipèle facial qui apparaît le lendemain. Entrée à l'hôpital le 22 avril au soir. Première atteinte. Exanthème limité au nez et aux joues. Température, 38 degrés. Apyrexie le 23 avril. Le vernis appliqué le jour de l'entrée n'a pas été franchi.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894 (1);

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Si nous envisageons maintenant les diverses professions exercées par nos 214 buveurs, nous les trouvons toutes représentées, jusqu'à celles de clerc de notaire, de photographe et de coiffeur. Nous nous bornerons en conséquence à comparer notre tableau professionnel avec les métiers qui nous ont jusqu'ici fourni le plus de clients :

Journaliers	33	Maréchal ferrant	5
Marchands de vin	15	Cochers	5
Employés de commerce	14	Terrassiers	5
Garçons marchand de vins	11	Peintres en bâtiment	5
Menuisiers	11	Boulangers	5
Serruriers	9	Epiciers	4
Garçons livreurs	8	Forgerons	7
Comptables	7	Imprimeurs	4
Maçons	7	Jardiniers	3
Cordonniers	5	Bouchers	3

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

Le grand nombre de journaliers correspond à ce que nous avons signalé plus haut relativement au chiffre élevé de nos buveurs qui s'étaient intoxiqués exclusivement en prenant du vin au cours de leur travail. Les journaliers, en effet, ont des occupations pénibles et beaucoup, tout à la fois pour se rafraîchir et se donner des forces, absorbent, à diverses reprises dans la journée, un ou deux verres de piccolo. Un autre détail qui frappe dans ce tableau, c'est le nombre considérable d'employés de commerce et de comptables, qui ne sont pourtant pas en contact avec l'alcool et dont les occupations ne sont guère propres à développer la soif, car ces employés de commerce ne voyageaient pas, ils étaient tous des commis attachés à des magasins. Quoi qu'il en soit, la question des professions est d'une importance capitale dans la cure des buveurs. Il est d'une nécessité absolue de rechercher si ce n'est pas elle qui a développé les habitudes alcooliques, car, dans ce cas, son abandon est la condition indispensable de la guérison. En vain, le buveur aura suivi la thérapeutique la plus rationnelle : longue abstinence totale et médication appropriée soit à l'état général, soit à l'état nerveux; il rechutera infailliblement s'il reprend le même métier. C'est ainsi que nos 15 marchands de vin, nos 10 garçons de marchand de vin, nos 8 garçons livreurs et nos 5 cochers, qui s'étaient alcoolisés dans l'exercice de leurs professions, ont été sérieusement avertis du danger qui les menaçait, et leurs familles invitées à leur chercher une autre occupation avant de les retirer.

Le tableau qui suit, relatif à l'âge, montre que l'alcoolisme, à Paris, commence dès l'âge de vingt ans pour croître jusqu'à trente-cinq ans, et décroître à partir de cet âge. Voici les résultats fournis par nos 214 malades :

De 20 à 25 ans.....	9	De 50 à 55 ans.....	14
De 25 à 30 ans.....	40	De 55 à 60 ans.....	6
De 30 à 35 ans.....	50	De 60 à 65 ans.....	2
De 35 à 40 ans.....	34		
De 40 à 45 ans.....	31	Total.......	214
De 45 à 50 ans.....	28		

De ces 214 alcooliques, 1 s'est évadé, 6 ont été transférés et 5 sont décédés, enfin 103 ont été rendus à la liberté comme guéris. Dans mon mémoire sur la *cure des buveurs*, je me suis efforcé d'établir que la guérison de l'ivrognerie n'est possible qu'à la condition de maintenir durant très longtemps, six mois au minimum, les malades au régime de la plus rigoureuse abstinence ; or, après combien de temps ont été effectuées ces 103 mises en liberté par guérison ?

Moins de quinze jours.....	8	De trois à quatre mois.....	15
De quinze jours à un mois.	8	De quatre à cinq mois.....	13
D'un mois à six semaines..	9	De cinq à six mois........	2
De six semaines à deux mois.	19	De six à sept mois........	2
De deux à trois mois......	25	De sept à huit mois.......	1

Dans ce même mémoire sur la *cure des buveurs*, j'ai insisté sur les raisons qui nous obligeaient à signer la sortie malgré notre conviction de l'insuffisance du traitement, raisons tirées de l'absence d'une loi spéciale et des charges de famille des malades. J'ai montré plus haut, en effet, par des chiffres probants, qu'en majorité les ivrognes de ma section spéciale étaient des hommes mariés, pères de plusieurs enfants. Pour tout ce monde, l'isolement du chef de la maison est la misère noire. D'un autre côté, quelques jours à peine après la séquestration, le retour à la raison s'opère, et la loi de 1838 qui nous régit encore ne nous autorise pas à conserver les malades après que ce retour s'est effectué, dans le but de parfaire la guérison et de prévenir la rechute. Nous sommes donc complètement désarmés contre les réclamations et les supplications des épouses et des enfants, qui ré-

clament leurs maris et leurs pères. Aussi répéterai-je ici ce que j'ai déjà écrit ailleurs, qu'il est complètement inutile de construire un asile spécial pour les buveurs si le Parlement ne se décide pas à voter une loi qui permette de les garder tout le temps nécessaire à assurer la guérison de leur ivrognerie.

D'ailleurs, sept de ces buveurs mis en liberté ont déjà rechuté et sont revenus. Ils étaient restés en traitement : deux durant quatre mois, deux durant trois mois, un durant deux mois et demi et deux durant deux mois. Tous les sept ont offert ce point commun d'avoir très rapidement rechuté, dès la première semaine, et d'avoir eu une folie alcoolique beaucoup plus agressive et dangereuse que la précédente ; à tous les sept également, il a suffi d'une bien plus faible quantité d'alcool que précédemment pour bouleverser leur cerveau et y faire germer des impulsions criminelles. Il n'est donc pas contestable, ainsi que je l'ai déjà signalé, que l'abstinence à laquelle on condamne l'ivrogne peut être une arme à deux tranchants, si cette abstinence n'est pas suffisamment prolongée pour chasser toute appétence alcoolique, car alors le sujet se remettra à boire ; mais privé de tout alcool depuis deux ou trois mois, il a perdu, à défaut de sa passion, toute résistance cérébrale aux liqueurs fortes et celles-ci ont sur son cerveau une action terrible, déterminant une ivresse particulièrement violente et impulsive.

Tout décompte fait, notre section spéciale hospitalisait donc au 1er décembre 97 sujets, sur lesquels 74 étaient *en isolement* et 23 *en épreuve ;* je m'explique. Il résulte des confidences de nos sept récidivistes qu'en quittant le quartier où ils avaient été tenus à l'abri de la vue même de tout alcool pour passer brusquement, sans transition aucune, à la vie libre, ils s'étaient trouvés incapables de triompher des multiples occasions de boire qui se présentaient à eux de tous côtés et auxquelles ils n'avaient pas contracté l'ha-

champs ou aux services généraux. Je ne saurais trop mmander cette thérapeutique mixte, absolument indis-able à en juger par l'expérience que j'ai été à même quérir déjà en huit mois. Sur ces 97 sujets restant, un cer-nombre paraissent décidés à poursuivre la cure un temps sant pour se débarrasser de leur funeste passion. En , 12 sont au régime abstinent depuis trois à quatre s ; 11 depuis quatre à cinq mois ; 16 depuis cinq à six s, et 6 depuis six à sept mois. Il est permis d'espérer les efforts de ceux-là seront couronnés de succès.

'autres détails intéressants ont été encore constatés par s durant ces huit premiers mois d'observation. Dans x précédents articles sur les *Asiles de buveurs* et l'*Asile eté pour les alcooliques de la Seine*, j'ai dit combien j'avais surpris de l'obéissance, de la discipline et de la résigna- que j'avais rencontrées chez nos ivrognes. Nous redou-s tous qu'ils ne fussent rebelles à l'abstinence, frondeurs nonteurs de révolte, insubordonnés et réclameurs ; or, ie nous ont jamais soulevé la moindre difficulté : leur ion est la plus paisible et la mieux ordonnée de la mai-; en huit mois, un seul s'en est évadé. J'ai été étonné lement de la facilité avec laquelle le personnel de sur-lance a accepté de se soumettre lui aussi au régime

des symptômes très nets d'abstinence non seulement chez les malades, mais aussi chez les gardiens, symptômes consistant en trois ordres de manifestations qui se montrent toujours associées : douleurs de tête, lassitude générale, sueurs profuses. Enfin, nous avons été à même de nous assurer qu'il ne suffisait pas de guérir l'ivrogne de son appétence alcoolique, mais qu'il était utile de substituer à celle-ci une autre appétence inoffensive afin qu'il pût satisfaire au dehors sa soif avec plaisir. Dans un mémoire qui paraîtra sous peu dans la *Revue d'hygiène* sur *le Régime intérieur des asiles de buveurs*, je présente complètement le détail important que nous avons obtenu, et je fournis la formule et le mode de préparation d'un breuvage donnant l'illusion du vin blanc mousseux, que je dois à l'obligeance de M. Ludwig, secrétaire-agent de la Croix bleue et de M. le pasteur Escande.

Ces résultats que nous venons de rappeler brièvement, fournis par huit mois seulement d'exercice, prouvent, me semble-t-il, qu'il y a un grand intérêt à continuer dans des conditions meilleures encore, pendant les trois ou quatre ans que durera la construction de l'asile spécial projeté, l'expérience que nous avons entreprise dans notre service d'hommes de Ville-Évrard. Quand s'ouvrirait la nouvelle maison, on aurait acquis ainsi des données importantes et utiles pour organiser celle-ci.

Mais, de toute évidence, nous disposons d'un chiffre de places trop faible pour assurer le service. En restant tels que nous sommes, de deux choses l'une, en effet : ou, pour recevoir les entrants, nous serons obligés de mettre en liberté les plus anciens du quartier, qui seront rendus ainsi à eux-mêmes beaucoup trop tôt, c'est-à-dire après cinquante jours environ d'isolement dans la section, à en juger par le mouvement qui précède ; ou alors, nous serons contraint de priver des bienfaits du quartier spécial ceux qui auront la malchance

d'arriver quand celui-ci regorgera de clients ; ils devront attendre qu'une vacance se produise.

N'y aurait-il pas moyen de donner à ce service une plus grand extension de façon à lui permettre de satisfaire à toutes les exigences ? Si, et même en perfectionnant le traitement. Voici quelles ont été, à l'administration et au conseil général, mes nouvelles propositions qu'ils ont favorablement accueillies et comment sera réorganisé, pour 1895, notre service spécial pour la cure des buveurs.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Les injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum artificiel. — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Traitement de la chorée.

Les injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum artificiel, par de Rouville (*Nouveau Montpellier médical*, 1894). — Dans ce mémoire, l'auteur, partisan convaincu de cette médication, conseille l'emploi de ces injections dans les anémies aiguës post-hémorragiques et le collapsus post-opératoire. Il n'adopte point une formule pharmaceutique unique dans le choix de la solution salée, mais insiste sur la nécessité de rendre l'opération aussi aseptique que possible.

Il emploie, comme instrumentation, un bock à injections vaginales, muni d'un tube de caoutchouc, terminé par l'aiguille fine de l'appareil de Potain.

L'injection est pratiquée dans le système veineux ou sous la peau. Dans les cas graves, la voie intraveineuse est indiquée ; dans les cas légers, on peut utiliser la voie sous-cutanée, mais on obtient alors des résultats moins efficaces et moins durables. Il ne faut point temporiser et injecter promptement, et, de toutes

façons, assez de liquide pour constater le retour du pouls, primitivement imperceptible au poignet.

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (*Journal des Praticiens*, 1894).

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : 1° Combattre, pendant la grossesse, tout écoulement vaginal, et pratiquer avant l'accouchement un large lavage antiseptique.

Après la naissance, lotions des yeux de l'enfant avec une solution chaude de sublimé à 25 centigrammes pour 1 000, et instiller sur chaque œil une goutte du collyre suivant :

Nitrate d'argent	0g,20
Eau	10 ,00

TRAITEMENT PRÉSERVATEUR DE L'ŒIL SAIN : 1° Propreté absolue, lavages antiseptiques répétés.

2° Éviter l'usage, pour l'œil sain, des instruments et objets ayant servi pour le pansement de l'œil malade.

TRAITEMENT CURATIF : 1° Lavage de l'œil avec une solution antiseptique :

Sublimé	0g,25
Eau	10 000 ,00

On le pratique à l'aide d'un tampon d'ouate, exprimé au-dessus de l'ouverture palpébrale, de façon à détacher le pus. Le tampon est ensuite brûlé.

2° Explorer avec soin la cornée, et pratiquer deux fois par jour, si la purulence est faible, des instillations :

Nitrate d'argent	0g,10
Eau distillée	45 ,00

Si la purulence est marquée, applications directes, toutes les douze heures, au crayon de nitrate d'argent ou avec la solution de ce sel :

Nitrate d'argent	0g,20
Eau distillée	10 ,00

Et, dans tous les cas, toucher l'œil avec un gros pinceau chargé d'eau salée.

3° Entre les cautérisations, lavages avec :

Sublimé	0g,20
Eau distillée	1 000 ,00

Ou bien la solution suivante, qui est mieux tolérée :

Permanganate de potasse	1g,00
Eau	1 000 ,00

Ces lavages sont pratiqués après avoir entr'ouvert la fente palpébrale et le nettoyage des paupières.

4° Quand cesser les cautérisations ? Quand le volume de la paupière est augmenté et quand la sécrétion purulente est devenue séreuse.

Traitement de la chorée (*Tribune médicale*, 1894).

Hygiène prophylactique. — Repos physique et intellectuel ; vie au grand air, à la campagne, promenades sans fatigue. Suspendre momentanément la lecture et l'écriture. Isoler l'enfant de ses camarades ; éviter d'attirer l'attention sur sa maladie, ne pas lui adresser d'observations sur sa maladresse, ses grimaces.

Tenir l'enfant à l'abri du froid et de l'humidité ; lui faire porter de la flanelle.

Alimentation légère et d'une digestion facile ; supprimer les excitants.

Maintenir la liberté du ventre.

A. Chorée chez un neuro-arthritique.

1° Donner trois cuillerées à dessert par jour de la potion suivante :

Salipyrine	10	grammes.
Bromure de strontium	20	—
Sirop d'écorces d'oranges	100	—
Eau de tilleul	200	—

2° Pendant vingt jours par mois, prendre, au moment de chaque repas, une des pilules suivantes :

Arséniate de fer........................	0g,002
Extrait de jusquiame....................	0 ,01
— quinquina....................	0 ,05

F. S. A. — Une pilule n° 50.

3° Tous les soirs, en se couchant, prendre une tasse de *tisane de valériane* (16 grammes de racines pour 500 grammes d'eau, sucrer avec du sirop de fleurs d'oranger).

4° S'il n'y a pas de complications cardiaques, faire tous les matins des lotions tièdes d'abord, puis froides, avec de l'eau aromatisée avec de l'alcool de lavande. Friction sèche ensuite au gant de flanelle.

5° Si les mouvements choréiques deviennent trop violents, un *bain galvanique* tous les deux jours, d'une durée de cinq à dix minutes.

6° Si le sommeil était compromis, prendre le soir une cuillerée de :

Hydrate de chloral................	2 grammes.
Sirop de morphine................	20 —
Eau de fleurs d'oranger...........	80 —

7° Couper la boisson avec de l'eau de Vals.

Faire chaque année une saison à Néris-les-Bains, Ussat ou Lamalou.

B. Chorée chez un lymphatique.

1° Donner trois cuillerées par jour de :

Salipyrine......................	10 grammes.
Bromure de strontium...........	20 —
Sirop d'écorces d'oranges	100 —
Eau de tilleul..................	200 —

2° Au moment du repas, prendre un verre à liqueur de la préparation suivante :

Glycéro-phosphate de fer........	5 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges.......	100 —
Vin de quinquina............	ãã 200 —
— kola..................	

3° Tous les jours, prendre soit un bain sulfureux, soit un bain salé.

4° Couper la boisson avec de l'eau de La Bourboule.

Faire chaque année une saison à Luchon, Cauterets, Eaux-Chaudes, Salins ou La Bourboule.

BIBLIOGRAPHIE

Technique pratique de l'épilation par l'électricité, par Hayes, Bergonié et Debedat. Chez O. Doin, éditeur à Paris.

Dans cette petite brochure fort intéressante, les auteurs exposent la technique à employer pour pratiquer l'épilation par l'électricité; c'est une méthode qui donne des résultats très brillants, et qui est appelée à se répandre de plus en plus.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1895, par H. Bocquillon-Limousin. Chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

Voici la sixième édition de ce formulaire. L'auteur y a fait de nombreuses et importantes additions qui l'ont mis complètement au courant des plus récents progrès de la thérapeutique.

Le Massage (Manuel théorique et pratique), par le docteur Georges Berne. Rueff et Ce, éditeurs.

Dans cet ouvrage, récemment paru, l'auteur s'est efforcé d'exposer avec clarté, simplicité et méthode, la science massothérapique. La plupart des chapitres sont accompagnés de documents à l'appui, tirés soit de l'expérimentation du laboratoire, soit de l'observation des malades en traitement. De nombreuses recherches personnelles à l'auteur donnent au travail de Georges Berne un caractère tout particulier d'originalité. Mentionnons le *traitement de la constipation*, le *traitement des fractures par le massage*, les procédés *de l'éclatement* dans le traitement de l'hydarthrose, celui *du genou* dans le traitement de la sciatique, de *la rotation* dans le traitement de l'entorse. Ce livre marque

une étape dans l'évolution de la massothérapie dans le sens scientifique ; nous constatons que l'auteur n'a rien négligé pour prouver que la massothérapie, telle qu'elle est actuellement exercée en France, n'a rien à envier à cette science si en faveur à l'étranger, où elle a été trop fréquemment exercée, à la vérité, avec moins de rigueur scientifique et moins de précision.

De nombreuses figures, gravées ou photographiques, ornent l'excellent travail de Georges Berne.

Cancer du sein, par Ch. MONOD et F. JOYLE. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Une bonne monographie, comprenant la pathogénie du cancer en général et l'étude détaillée de chaque forme : carcinome, sarcome, épithéliome. Le volume se termine par la statistique des cancers opérés et suivis par le docteur Monod depuis 1877, et par un index bibliographique fort complet.

Actinomycose, par GUERMONPREZ et BÉCUE. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Monographie fort complète de l'actinomycose, traitée avec beaucoup d'érudition et de soin. Le chapitre des indications prophylactiques est des plus intéressants.

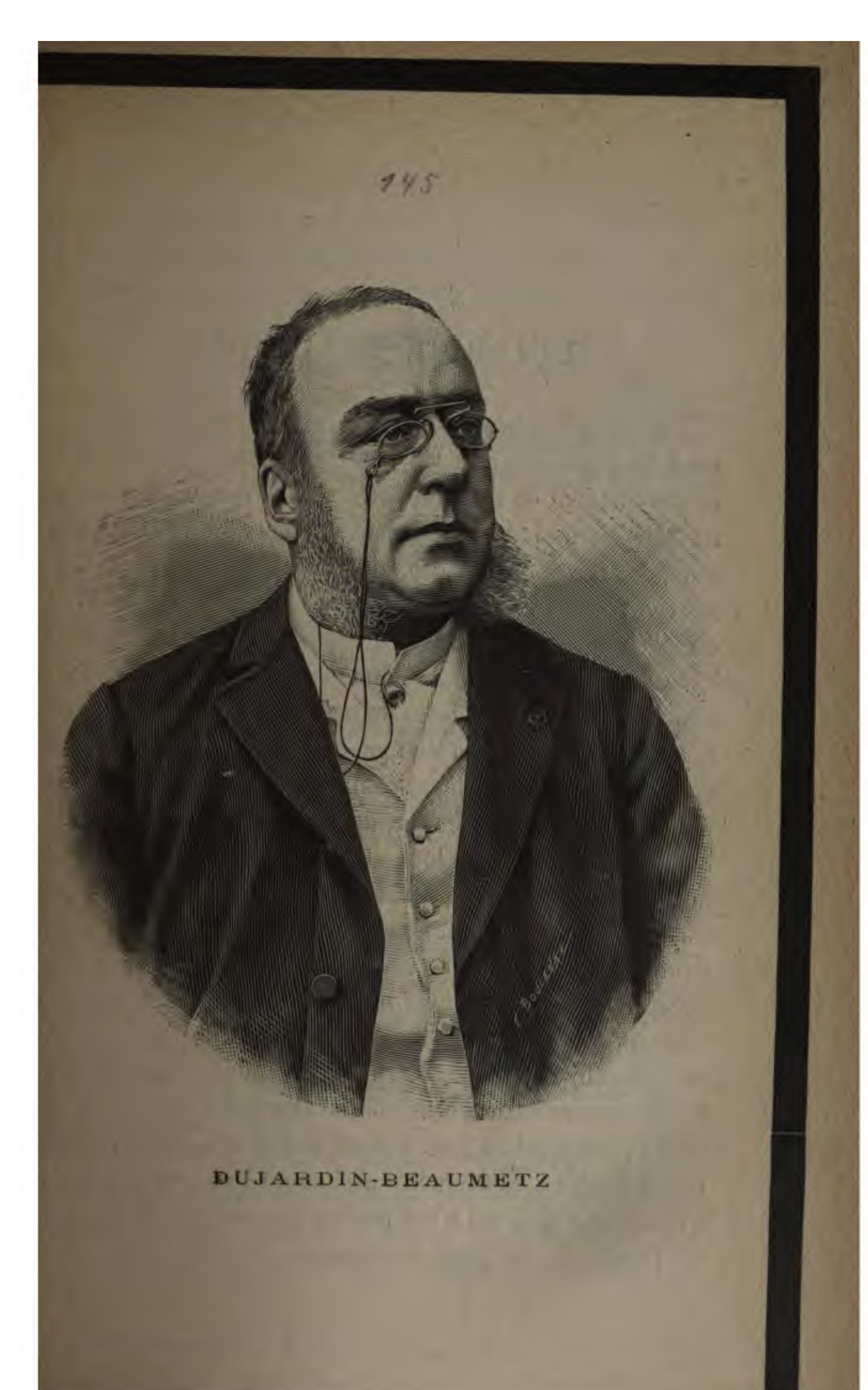
Des anévrismes et de leur traitement, par le docteur J.-B. DUPLAIX. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Dans ce travail, l'auteur ne s'occupe que des anévrismes artériels circonscrits, et il pose d'abord ce principe, c'est que, sans artérite, il n'y a pas d'anévrisme, et que celui-ci est un des aboutissants de cette maladie du système artériel. Le chapitre consacré au traitement est très étendu et indique avec détails la marche à suivre.

Traitement du lymphatisme et de la scrofule, par C. PAUL et P. RODET. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Les auteurs, après avoir passé en revue les différentes manifestations du lymphatisme, indiquent, pour chacune d'elles, le traitement qui doit lui être appliqué. Dans une seconde partie, ils énumèrent les différentes stations climatiques où l'on doit adresser les sujets lymphatiques, suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent. Le traitement hydrominéral forme un des chapitres les plus importants.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



DUJARDIN-BEAUMETZ

DUJARDIN-BEAUMETZ

A la fin d'octobre 1893, mon maître Dujardin-Beaumetz, se reprenant à la vie grâce au talent chirurgical et au dévouement de son ami Terrier, m'offrait, de Beaulieu-sur-Mer où il était encore convalescent, de devenir son collaborateur et de prendre, au *Bulletin général de thérapeutique*, le poste de secrétaire de la rédaction qu'il avait occupé pendant vingt ans. J'acceptai avec empressement ce témoignage de confiance et d'estime, tout en manifestant au Maître mes craintes de ne pas être à la hauteur de la tâche. Mais bien loin de moi était la pensée qu'il m'incomberait au bout d'un an, comme secrétaire de la rédaction, la douloureuse mission de faire, en tête de ce journal, un article nécrologique sur celui qui en fut l'âme et le souffle vivant pendant vingt-deux ans. Maintenant que s'est éteint le Maître qui nous entraînait tous par son étonnante activité et par son élan communicatif, je sens plus encore combien lourde est ma tâche de rappeler aux lecteurs du *Bulletin* la vie toute de travail et de dévouement de Dujardin-Beaumetz. J'espère, cependant, que la profonde reconnaissance et le cordial attachement que j'avais voués à celui qui fut pour moi un Maître et un ami, m'aideront à rendre à sa mémoire un hommage digne de lui, et à montrer à ceux qui n'ont pas eu, comme moi, le bonheur de l'approcher de près, l'homme du devoir, le médecin,

le professeur, le thérapeute et l'hygiéniste que la science, ses élèves et le pays pleurent ensemble aujourd'hui.

Reçu interne des hôpitaux en 1858, Dujardin-Beaumetz fit partie de la fameuse salle de garde de la Charité, qui a laissé dans l'internat des souvenirs impérissables de goût artistique. Dans l'intimité, le Maître aimait à rappeler cette année d'internat, et citait volontiers le couplet de la chanson de la Charité dont son besoin d'activité faisait les frais.

Docteur en 1862, nommé, en 1865, chef de clinique de Béhier, en 1870 il arrivait brillamment médecin du Bureau central. Pendant le siège de Paris, il fut attaché comme médecin-major au 84e bataillon de marche ; c'est en cette qualité qu'à la bataille de Montretout il se distingua de telle façon qu'il fut cité à l'ordre du jour et décoré sur le champ de bataille.

En 1873, Dujardin-Beaumetz prenait le secrétariat de la rédaction du *Bulletin général de thérapeutique*, poste qu'il ne devait quitter que vingt ans plus tard pour celui de rédacteur en chef. Pendant ces vingt années, les lecteurs du *Bulletin* ont pu apprécier l'étonnante facilité de travail et d'assimilation de Dujardin-Beaumetz, clinicien, thérapeute et hygiéniste. Nous n'entreprendrons pas de rappeler tout ce qui a paru dans ce journal sous la signature du Maître ; il nous faudrait feuilleter numéro par numéro toute la collection.

Quelques années plus tard, Dujardin-Beaumetz inaugurait à l'hôpital Saint-Antoine ses *Leçons de clinique thérapeutique*. Je vois encore le semblant d'amphithéâtre où réunissait ses premiers auditeurs ; au début, leur nombre

était restreint. Personne alors ne croyait à la thérapeutique ! Passer un an d'internat chez Beaumetz n'était pas alors, dans les salles de garde, regardé comme un sort bien enviable ! Faire de la thérapeutique, à quoi bon ? A cette époque, en effet, on ne jurait que par le microscope, le laboratoire et l'histologie. Que les opinions ont changé ! Beaumetz, lui, avec son bon sens, prévoyait le mouvement scientifique, et il en prit la direction.

Toujours à l'affût du progrès, devinant avec un tact étonnant la voie à suivre, rien ne lui était étranger, rien ne le trouvait indifférent. Reconnaissant l'utilité de l'anatomie pathologique et de l'histologie pour éclairer la pathogénie, un des premiers et toujours des plus ardents partisans des découvertes de Pasteur et des travaux de ses élèves, demandant à la chimie son aide et ses lumières, s'intéressant à la bactériologie au point d'organiser de ses propres deniers un laboratoire de microbiologie dans son service, Dujardin-Beaumetz se rendait compte que toutes les nouvelles acquisitions des sciences dites *accessoires de la médecine*, que toutes les nouvelles voies ouvertes devaient converger vers un but unique : le diagnostic plus précis, la prophylaxie mieux comprise, la thérapeutique raisonnée et le soulagement des malades mieux assuré.

Rapidement les leçons de clinique thérapeutique de Saint-Antoine attirèrent, malgré l'éloignement, un grand nombre d'élèves. La parole chaude et entraînante, le mot toujours juste, l'expression souvent pittoresque, l'allure franche et ouverte, la courtoisie parfaite et l'extrême bienveillance, le génie vulgarisateur et l'élan communicatif, la logique pratique et le bon sens familier, l'esprit prime-

sautier et ouvert, une étonnante facilité d'assimilation et de travail, une honnêteté scientifique scrupuleuse, un dévouement et une amitié des plus sûrs, telles furent les qualités qui firent de Dujardin-Beaumetz un des maîtres les plus appréciés, les plus estimés et les plus aimés de ses innombrables élèves.

C'est à Saint-Antoine que furent professées les *Leçons de clinique thérapeutique*, qui forment trois volumes, dont six éditions successives ont été enlevées et qui ont été traduites en russe, en espagnol, en grec et en anglais.

Le succès du professeur libre de clinique thérapeutique grandit encore quand Dujardin-Beaumetz quitta Saint-Antoine pour Cochin, où il organisa une véritable clinique modèle.

Qui ne connaît, tout au fond des jardins de Cochin, les baraques en bois où, il y a quelques jours encore, était le service du Maître regretté ? A côté des salles renfermant plus de cent vingt lits, Dujardin-Beaumetz avait trouvé le moyen de faire construire des laboratoires, un amphithéâtre de leçons, d'installer des services d'hydrothérapie, d'électrothérapie, de massage, de gymnastique médicale, une collection de matières médicales, etc. Certes, l'administration a beaucoup fait, mais combien de fois le Maître n'a-t-il pas fait lui-même les frais de maintes installations profitables aux malades et utiles aux élèves?

C'est dans ce service de Cochin, qu'avec une régularité exemplaire, malgré ses nombreuses occupations, malgré le grand nombre de ses consultations en ville, Dujardin-Beaumetz, chaque matin, faisait la visite, ayant un

mot pour chacun, interrogeant tous ses élèves, leur faisant lire les observations, les obligeant à formuler un diagnostic, un pronostic et un traitement, redressant les erreurs avec bonhomie, enseignant avec entrain, mettant les élèves aux prises avec les difficultés de la profession à la ville comme à l'hôpital, réconfortant et consolant les malades au passage.

C'est dans ce service que, chaque année, au printemps, Dujardin-Beaumetz attirait autour de lui, pour ses leçons, de nombreux élèves et tous les médecins étrangers de passage à Paris ; l'amphithéâtre était trop petit pour les contenir tous. Claire, nette, pratique, pleine d'entrain, d'élan, de feu sacré, chaque leçon était un triomphe.

C'est à Cochin que furent professées, pour être ensuite publiées au *Bulletin de thérapeutique*, puis réunies en volumes, les leçons sur *les Nouvelles Médications*, *l'Hygiène thérapeutique*, *l'Hygiène prophylactique*, *l'Art de formuler*, *le Traitement des maladies du foie*.

Hélas ! la terrible grippe de l'hiver 1889-1890 frappa Dujardin-Beaumetz un des premiers et ébranla fortement sa santé ; depuis lors, il dut, à son bien grand chagrin, se tenir souvent éloigné de son service, de ses élèves et de ses malades, qu'il aimait comme des enfants.

Douter de l'affection que Beaumetz savait inspirer à tous ceux qui l'approchaient, malades et élèves, n'est permis qu'à ceux qui n'ont jamais assisté à la fête de saint Georges dans le service de la clinique de Cochin, et qui n'ont pas vu plus de trois cents de ses élèves, de ses collègues et de ses amis réunis autour de lui pour fêter sa nomina-

tion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, à la suite de l'épidémie de choléra de 1892.

Essentiellement bon et compatissant pour les malheureux confiés à ses soins, bien pénétré de cette pensée que soulager la douleur est œuvre divine et que, quand le médecin ne peut guérir, il doit, du moins, empêcher de souffrir, Dujardin-Beaumetz ne voyait dans la thérapeutique que le moyen de remplir ce sublime devoir. A ceux qui, probablement parce qu'ils ne connaissaient pas notre Maître, ont pu insinuer qu'il faisait des expériences sur ses malades, nous opposons le démenti le plus formel. Ceux-là n'ont jamais vu Dujardin-Beaumetz goûtant lui-même et nous invitant à goûter tous les produits qui lui étaient soumis; peu d'entre nous, je dois l'avouer, suivaient l'exemple du Maître. Aujourd'hui, je me demande si cette habitude n'a pas été pour quelque chose dans l'altération de ses voies digestives. C'est avec le plus grand soin que toute substance nouvelle était essayée sur les animaux d'abord, puis prudemment sur lui-même par l'élève qui s'était chargé des recherches, enfin, à bon escient, sur les malades, et encore avec quelle prudence !

Affable et courtois, le Maître accueillait tout le monde, écoutait, autant que sa vivacité le lui permettait, les projets de chacun. S'il était aussi accueillant, certes, cela tenait beaucoup à son naturel; mais combien aussi à son désir insatiable de marcher toujours en avant, d'enrichir la thérapeutique de nouvelles armes contre la mort et la souffrance !

A ceux d'entre nous qui lui reprochaient affectueusement sa facilité d'accueil pour toute substance ou mé-

thode nouvelles, il répondait que pour savoir ce qu'une chose vaut, il faut l'avoir expérimentée; que si, sur vingt substances, il n'y en a qu'une d'utile, le seul moyen de la distinguer des autres est de les étudier toutes.

Nous ne pouvons rappeler ici toutes les substances, toutes les méthodes que Dujardin-Beaumetz a étudiées; innombrables sont les thèses qui ont été faites dans le service de clinique thérapeutique de Cochin sous l'inspiration et la direction du Maître.

En 1880, Dujardin-Beaumetz était entré à l'*Académie de médecine* dans la section de thérapeutique et d'hygiène; assidu aux séances, il y faisait de nombreuses communications, prenait une part active aux travaux de l'Académie, animait les discussions de sa parole gaie et primesautière et sut se montrer toujours adversaire courtois et bienveillant, incapable d'une rancune.

Au nombre des fondateurs de la *Société de thérapeutique*, il contribua, pour une très large part, par son infatigable activité, par ses nombreux travaux, au développement de la Société.

Rappeler les travaux et les communications de Dujardin-Beaumetz à l'Académie, à la Société de thérapeutique et aux diverses sociétés qu'il anima de son souffle, serait tenter un travail trop important pour pouvoir le faire ici complètement.

Si les malades perdent, en Dujardin-Beaumetz, un médecin éminent, un consolateur, un défenseur et un ami, si les élèves perdent un maître consciencieux, un professeur brillant, un guide sûr et un modèle d'honneur et de travail, si la science perd un pionnier infatigable, la ville de

Paris fait, elle aussi, dans Dujardin-Beaumetz, une perte irréparable.

Membre du Conseil d'hygiène publique et du département de la Seine depuis 1880, Dujardin-Beaumetz se dévoua, se multiplia comme pas un. En 1884, avant l'invasion de Paris par le choléra, nous fîmes, sous sa direction, dans les annexes de son service, toutes les expériences de désinfection. Poussé par son esprit pratique, lui-même s'assurait des moindres détails d'exécution, notait les résultats, les faisait contrôler sur place par Pasteur et par Roux. Cochin fut ainsi le berceau de la désinfection. En même temps, Dujardin-Beaumetz s'occupa de la construction et de la désinfection des voitures pour le transport des cholériques, de l'installation d'étuves, de l'organisation des équipes de désinfecteurs, etc. En un mot, il fut le grand organisateur de la prophylaxie. Malgré tout, le fléau atteignit cruellement la grande ville. Ayant eu l'honneur d'être l'interne de Dujardin-Beaumetz en cette année 1884, nous savons mieux que quiconque combien il a payé de sa personne. Toujours prêt à marcher, toujours sur la brèche, jour et nuit, sitôt que de la préfecture on lui téléphonait l'existence d'un nouveau foyer, il partait, sacrifiant sa clientèle, ses intérêts au bien général et, le matin, il était néanmoins à son service d'hôpital, voyant d'abord ses malades ordinaires, puis les cholériques du service annexe dont il avait accepté la direction. Tel nous avions vu notre Maître en 1884, tel nous l'avons retrouvé en 1892, puis en 1893, venant lui-même voir, à la maison de Nanterre, nos cholériques et nos typhiques.

Outre de nombreux rapports sur les questions courantes,

Dujardin-Beaumetz fit, chaque année, au Conseil d'hygiène, un rapport sur la rage ; en 1884 et 1892, il rédigeait les rapports sur le choléra ; en 1884, non seulement il présida à toute l'organisation matérielle des moyens de prophylaxie, mais créa le service des médecins délégués des épidémies; en 1892, il obtint de l'administration et du conseil municipal la création du Comité permanent des épidémies qui se réunit chez lui, sous la présidence de M. Léon Colin, chaque fois qu'il en fut besoin : choléra, typhus exanthématique, variole, pneumonie infectieuse ou fièvre typhoïde. Bien convaincu qu'hygiène publique et autorité sont inséparables, il obtint, la même année, la création du service des médecins inspecteurs des épidémies, *missi dominici*, chargés d'assurer pratiquement, sous l'autorité du préfet de police, les décisions du Comité des épidémies.

L'œuvre de l'hygiéniste ne le cède en rien à celle du thérapeute.

Travail sans trêve ni merci, telle fut la devise de Dujardin-Beaumetz. Homme de devoir avant tout, considérant qu'il se devait tout entier à ses malades et aux charges de sa position, il ne trouva jamais le temps de penser à lui. Jusqu'au dernier moment, bien que sentant ses forces le trahir, bien que se rendant exactement compte du peu de jours qu'il lui restait à vivre, il fit preuve d'activité, s'occupa du *Bulletin* et du *Dictionnaire de thérapeutique*. Victime de sa glorieuse carrière, il s'est éteint dans les bras de M[me] Dujardin-Beaumetz et de son fils Édouard, qui voudront bien trouver, je l'espère, dans les lignes qui précèdent, l'expression de l'affection profonde que j'avais vouée au Maître qui n'est plus.

SAPELIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol (1);

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ÉRYSIPÈLE PAR LA TRAUMATICINE A L'ICHTHYOL.

Avant d'aborder la description du traitement abortif de l'érysipèle par la traumaticine à l'ichthyol, il nous a paru bon de dire quelques mots de la traumaticine, et de montrer comment l'*un de nous* fut amené à associer la traumaticine à l'ichthyol.

La traumaticine est une solution de 1 partie de gutta-percha purifiée dans 9 ou 10 parties de chloroforme. Doyon nous apprend, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1881), que c'est le professeur Auspitz (de Vienne) qui, le premier, eut l'idée de remplacer la gélatine par la traumaticine, comme excipient dans le traitement local des affections cutanées.

« Cette préparation adhère parfaitement à la peau et reste deux ou trois jours sans modification. La traumaticine forme une pellicule mince, plus délicate que le collodion, ne déterminant ni tension ni sensibilité.

« Elle constitue, en réalité, un moyen neutre d'application et de protection.

« Des badigeonnages faits avec une solution à 10 pour 100 n'ont jamais provoqué d'irritation, même appliqués sur des surfaces considérables, ni chez les enfants, ni chez les vieillards.

(1) Suite et fin. Voir les deux précédents numéros.

« Elle exerce aussi une pression bien plus régulière que la gélatine, et en raison de la nature molle, élastique, de la gutta-percha, elle s'applique parfaitement.

« Aussitôt qu'il eut connaissance de l'application ingénieuse faite par le professeur Auspitz, M. le docteur Besnier a mis les expérimentations en acte dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il fit des applications avec un mélange de traumaticine et de chloroforme, contenant de l'acide chrysophanique aux doses indiquées par Auspitz (10 pour 100 de gutta-percha et 10 pour 100 d'acide chrysophanique).

« Les applications furent faites avec un pinceau de soies de porc (pinceau commun des peintres en bâtiments). Cette application donna lieu à une sensation de chaleur ou de cuisson très supportable et très passagère. » (Doyon.)

C'est dans le service du docteur Besnier, son maître, que Juhel Rénoy apprit l'emploi de la traumaticine.

En étudiant, dans son service de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, le traitement local mécanique de l'érysipèle, le docteur Juhel Rénoy essaya de traiter cette affection par la traumaticine.

Dans son article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1893) consacré à ce traitement, Juhel Rénoy dit que Barwel avait pensé, en appliquant du papier vernissé à la limite des zones malades, priver d'oxygène les érysipélocoques.

Wœlfler, qui a adopté ce traitement mécanique, n'a pas tardé à se convaincre que ce n'était pas l'exclusion de l'air, mais bien la compression qui formait l'essentiel du procédé, ce qu'il a fait en circonscrivant l'exanthème avec du collodion.

C'est là un traitement vraiment mécanique que, déjà, Robert de Latour avait mis en œuvre au moyen du collodion.

Cette méthode purement compressive a été l'objet de nombreux essais faits par nous et notre maître dans son

service, mais elle parut insuffisante, aussi Juhel Rénoy ne l'adopta-t-il qu'en partie.

Il essaya de circonscrire la plaque érysipélateuse avec la traumaticine simple, puis associa des agents antiseptiques à la traumaticine, acide phénique, sublimé, salol, lysol, etc.

Ces traumaticines furent l'objet de nombreux échecs.

L'ichthyol ayant été employé par S. Klein avec succès, puisque, d'après cet auteur (1), cette substance arrête le mal, abrège sa durée de moitié et en atténue notablement la gravité, Juhel Rénoy voulut se rendre compte de la valeur de ce procédé.

L'ichthyol ou sulfo-ichthyolate de soude est un des produits de la distillation d'une roche bitumineuse provenant de dépôts de poissons fossiles de Siefeld, obtenue par l'action sur cette roche de l'acide sulfurique concentré. De la couleur du goudron, d'une odeur désagréable, d'une consistance molle, l'ichthyol est soluble (en partie) dans l'alcool et l'éther; mais si l'on mélange ces deux liquides, il est (complètement) soluble. C'est un corps qui ne contient pas moins de 10 pour 100 de soufre.

Avant de traiter l'érysipèle de la face par la traumaticine à l'ichthyol, nous avons essayé d'employer cet agent seul ou associé à d'autres substances.

Nous avons traité d'abord l'exanthème érysipélateux en le couvrant d'un mélange à parties égales de vaseline et d'ichthyol. Nous avons obtenu une détente au point de vue local, un soulagement pour le malade; mais l'affection n'en suivit pas moins son cours et, comme nous l'avons montré plus haut avec observations à l'appui, il n'y eut pas d'*avortement* de la lésion.

Le docteur Juhel Rénoy essaya ensuite d'incorporer l'ichthyol aux vernis de Unna (de Hambourg). Nous avons obtenu

---

(1) *Berl. Klin. Wochenschr*, n° 39, p. 959, 21 septembre 1891.

quelques résultats, mais nullement merveilleux. C'est alors que Juhel Rénoy eut l'idée d'employer à la fois la méthode mécanique, compressive, due à la traumaticine, et le pouvoir parasiticide de l'ichthyol de S. Klein.

Nous avons pu obtenir par cette méthode des résultats dans plus de la moitié des cas.

En présence de ces résultats, l'emploi des traumaticines simple, phéniquée, salolée, sublimée, lysolée, stérésolée, etc., fut repris comme contrôle dans le service des érysipélateux, car il s'agissait de bien se rendre compte de la valeur de la traumaticine à l'ichthyol comparée à celle des autres traumaticines. Grâce aux nombreux malades atteints d'érysipèle reçus chaque jour à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, la comparaison fut facile à faire. Elle fut tout à fait en faveur de la traumaticine à l'ichthyol.

On traita les diverses formes de l'érysipèle : forme franche, légitime ; forme grave, typhoïde ; forme atténuée primitive ; forme atténuée secondairement par une atteinte antérieure. Dans les formes franches et dans les formes graves, on obtenait des résultats avec la traumaticine à l'ichthyol, alors que l'échec était certain pour les autres traumaticines, qui ne donnaient des résultats que lorsqu'on avait affaire à la forme atténuée primitive décrite par nous, ou bien à l'érysipèle récidivé atténué secondairement par une ou par plusieurs atteintes antérieures. Le traitement local par la traumaticine à l'ichthyol avait donc seul une réelle valeur.

Il est bon de faire remarquer en passant que, si l'on préconise un traitement, il faut que ce traitement ait été fait dans les formes franches ou graves de l'affection, et non dans les formes atténuées, si fréquentes dans l'érysipèle, car, dans ces derniers cas, on pourrait objecter qu'*une sage expectation* aurait pu obtenir d'aussi bons résultats. Il faut donc prendre pour exemple le cas-type de l'affection, comme

dans l'érysipèle la forme franche, aiguë, légitime, dont la durée habituelle est bien connue.

C'est la méthode que nous avons suivie. Nous avons traité des érysipèles francs, légitimes, et nous avons obtenu les résultats suivants : en vingt-quatre ou quarante-huit heures, il y a dégorgement du bourrelet, affaissement de la plaque, disparition rapide et graduelle de la rougeur, et deux à trois jours ne se sont pas écoulés que la maladie est éteinte (communication faite par Juhel Rénoy à la Société médicale des hôpitaux, juillet 1893).

Nous avons fait plus encore. Nous avons employé cette méthode dans les érysipèles à forme typhoïde et dans l'érysipèle ambulant, et nous avons obtenu des succès. Juhel Rénoy cite, dans sa clinique, l'observation résumée d'une femme ayant un érysipèle ambulant, lequel n'avait pas été arrêté par le *traitement de Hueter* (injections sous-cutanées d'eau phéniquée à 2 ou 3 pour 100, de 2 en 2 centimètres autour de la plaque érysipélateuse), l'être par la traumaticine à l'ichthyol.

Nous publions plus loin quelques exemples des résultats que nous avons obtenus à l'aide de la traumaticine à l'ichthyol. Mais avant d'aborder ce chapitre, nous décrirons le mode de préparation de la traumaticine à l'ichthyol et des autres traumaticines, leur mode d'application, les sensations éprouvées par les malades.

PRÉPARATION DE LA TRAUMATICINE. — SON APPLICATION.

Pour préparer la traumaticine simple, on coupe de la gutta-percha fraîche en petits morceaux qu'on traite, jusqu'à dissolution complète, par neuf ou dix fois leur poids de chloroforme. Cette dissolution est très longue à s'opérer, aussi préfère-t-on employer le procédé suivant :

On prend une quantité de chloroforme supérieure d'au moins un tiers à celle qui est rigoureusement nécessaire

pour la dissolution complète (de douze à quinze fois le poids de la gutta-percha), on agite fréquemment pendant un jour et on introduit le tout dans un appareil à distiller.

On distille au bain-marie, et l'on arrête l'opération lorsqu'on a recueilli la quantité excédente de chloroforme.

La traumaticine ainsi obtenue est un liquide épais et homogène.

Il est coloré, lorsqu'on n'a pu disposer d'une gutta-percha récente.

Aussi est-il bon, si la traumaticine ne doit pas être additionnée de substances antiseptiques colorées, de la décolorer au charbon animal avant de l'employer.

Pour la traumaticine à l'ichthyol, on ajoute 3 parties d'ichthyol environ pour 10 parties de traumaticine simple.

La proportion est la même pour le salol, le lysol, l'acide phénique.

Pour le sublimé, on emploie 1 partie de sublimé pour 100 parties de traumaticine.

La traumaticine à l'ichthyol ainsi obtenue est un liquide sirupeux, brun noirâtre, qui, appliqué à l'aide d'un pinceau de soies de porc, comme l'indique le professeur Auspitz, de Vienne, forme une pellicule mince, assez souple, mais exerçant une compression après évaporation du chloroforme, ne déterminant ni tension, ni sensibilité, si ce n'est pendant quelques instants, au moment de l'application ; les malades accusent une légère sensation de chaleur ou de cuisson plus ou moins vive suivant la sensibilité individuelle, plus pénible chez les femmes, mais supportable et très passagère.

Cette sensation de brûlure est produite par le chloroforme. Son intensité varie également suivant la plus ou moins bonne préparation de la traumaticine simple, surtout lorsqu'on n'a pas eu la précaution d'enlever l'excédent de chloroforme.

Dans ce cas, elle peut aller jusqu'à produire une brûlure

du premier degré, désagréable pendant quelques instants après l'application, mais ne laissant d'ailleurs aucune trace après guérison, même quand on emploie la traumaticine au sublimé, le sublimé pouvant, comme on sait, déterminer des pigmentations indélébiles quand il est employé en pulvérisations.

MODE D'APPLICATION DE LA TRAUMATICINE.

Lorsqu'on a affaire à un érysipèle de la face bien limité par un bourrelet saillant, facilement appréciable, il suffit, à l'aide du pinceau, de circonscrire l'exanthème érysipélateux, au niveau du bourrelet ou *un peu en dehors*, d'une bande de traumaticine d'une largeur de 2 centimètres environ.

On aura soin de bien se rendre compte de la limite de l'exanthème érysipélateux, surtout lorsque le bourrelet fait défaut ou est peu saillant, circonstance qui n'est pas très rare. On arrivera à ce résultat en recherchant la sensibilité douloureuse à la pression, surtout lorsque la plaque érysipélateuse avoisine le cuir chevelu. Il peut arriver, en effet, qu'on ait cru circonscrire la plaque érysipélateuse, alors qu'on a appliqué sa bande de traumaticine non sur des parties saines, mais sur des parties de peau déjà envahies par l'exanthème.

Il faut également bien examiner l'oreille avoisinant l'exanthème. Si l'on n'a pas pris ce soin, il est facile de comprendre qu'on court à un échec inévitable. Si cependant l'oreille est atteinte, mais que la région postérieure à cette oreille et le cuir chevelu soient indemnes, on peut encore faire passer la bande de traumaticine en arrière de l'oreille envahie. De même si l'on suppose que l'oreille, d'apparence saine, soit déjà envahie par l'exanthème, rien n'empêche, pour être plus certain du résultat, de faire passer la bande de traumaticine en avant et en arrière de l'oreille suspecte, laquelle est alors entourée par un cercle de traumaticine. Il

est bien évident qu'à moins de raser complètement la tête du malade, l'application de la traumaticine sur le cuir chevelu est inutile, d'ailleurs impossible, la compression, le contact immédiat étant empêchés par la présence des cheveux. Un autre cas peut se présenter, et cela arrive fréquemment, surtout quand l'érysipèle est pris au début : l'exanthème érysipélateux peut n'intéresser qu'une moitié du visage, alors que l'autre moitié paraît indemne. Il est bon, dans ce cas, surtout quand le bourrelet est absent, ce qui, nous le répétons, est très fréquent, de circonscrire l'exanthème comme cela a été indiqué plus haut, et de circonscrire, en outre, le côté non atteint, comme si on le supposait envahi par l'exanthème ; on pourra ainsi non seulement éviter un échec, mais encore se dispenser d'une nouvelle application de traumaticine le lendemain.

On peut, en effet, lorsqu'on a circonscrit un érysipèle de la face sur des portions supposées saines, alors que la bande de traumaticine a été appliquée sur des parties en puissance d'exanthème, renouveler le lendemain l'application de traumaticine. Comme on le voit, le procédé d'application de la traumaticine est des plus simples. Cependant, cette application présente, au visage, un léger inconvénient. La coloration brunâtre de la traumaticine à l'ichthyol fait que le visage ainsi encadré paraît plus ou moins grotesque. Il est bon d'en prévenir le malade. Mais comme la traumaticine s'enlève très facilement, que, d'un autre côté, l'exanthème peut, quant à sa durée, être abrégé d'au moins de moitié, cet inconvénient est largement compensé par les avantages apportés par le traitement.

Quand l'exanthème siège sur un membre ou sur le tronc, l'application est encore plus facile. Il suffit de circonscrire l'érysipèle soit par une ceinture, soit par un bracelet de traumaticine. Il en est de même pour l'érysipèle ambulant. Mais comme, dans ce cas, on agit sur de plus grandes sur-

faces, il est prudent de faire une bande de traumaticine un peu plus large que pour le visage, de 3 à 4 centimètres environ. On aura aussi bien soin d'attendre que la traumaticine soit complètement séchée et le chloroforme évaporé, car le contact du linge pourra intéresser la traumaticine, qui, plus ou moins détruite, n'opposera plus une barrière complète à l'envahissement de l'exanthème.

L'érysipèle ambulant ayant aussi beaucoup plus de tendance à s'étendre en surface, on ne sera pas étonné de la plus grande difficulté à obtenir un résultat. Dans la forme ambulante de l'érysipèle, le traitement par la traumaticine à l'ichthyol ne réussit pas aussi bien que dans l'érysipèle facial. Outre sa plus grande tendance à l'extension, on peut encore supposer que la difficulté tient à plusieurs causes.

Tout d'abord, la plus grande dimension du cercle de traumaticine, et partant, la destruction plus fréquente de la barrière par les mouvements du malade ou par le contact des linges ou vêtements. Puis, difficulté plus grande de déterminer les limites vraies de l'exanthème, et par conséquent de le circonscrire.

Aussi, il sera bon, dans les cas d'érysipèles ambulants, d'employer des préparations de traumaticine fraîches, préparations faites avec de la gutta-percha purifiée et récente ; de bien délimiter les portions cutanées envahies, afin de faire l'application de la traumaticine sur des parties indemnes, afin de circonscrire complètement l'exanthème.

Par la pression suivie ou non de douleur, on pourra déjà faire une première démarcation. On pourra également appliquer la bande de traumaticine à une petite distance de cette démarcation. Si, malgré toutes ces précautions, on a échoué, on ne craindra pas non plus de refaire une nouvelle barrière au delà des points franchis, car, comme le prouve l'observation VII, le succès peut être obtenu seulement après la deuxième, voire même la troisième application de trau-

maticine. Enfin, la vaseline à l'ichthyol atténuant la tension et la douleur que produit l'exanthème, elle sera un précieux adjuvant, et l'on pourra recouvrir cet exanthème, circonscrit par la traumaticine à l'ichthyol, de vaseline ichthyolée.

OBSERVATIONS.

Nous commencerons la liste de nos observations par celles de plusieurs malades atteints d'érysipèles ambulants traités avec succès par la traumaticine à l'ichthyol. Nous résumerons également l'observation d'une malade atteinte d'érysipèle ambulant, qui, malgré plusieurs applications de traumaticine, n'a pas vu son exanthème être arrêté ; ceci pour démontrer que nous n'avons pas voulu forcer la note, et proclamer notre méthode comme toujours efficace dans tous les cas.

Nous publierons également, parmi les nombreux érysipèles faciaux traités par nous avec succès, quelques observations qui montreront que, par notre méthode, non seulement l'exanthème érysipélateux est arrêté dans sa marche extensive, mais encore que les phénomènes généraux s'amendent, la température baisse, la maladie est abrégée dans sa durée, le traitement abortif est réalisé.

ÉRYSIPÈLES AMBULANTS.

Observation I. — Le nommé S..., quarante-huit ans, est pris le 4 mai des prodromes habituels de l'érysipèle. Le 5 mai, un exanthème érysipélateux apparait à la face, qu'il envahit bientôt entièrement. Il entre à l'hôpital le 8 mai, et l'on constate que l'érysipèle a déjà envahi le pourtour du cuir chevelu. Température, 40 degrés. L'application d'une barrière de traumaticine étant impossible, on fait des onctions avec la vaseline à l'ichthyol. Le 17 mai, l'apyrexie a lieu. Mais le lendemain le cuir chevelu est envahi complètement, et le 19 mai, l'exanthème a envahi la région dorsale supérieure. Température, 40 degrés. Phénomènes

généraux intenses. Une barrière de traumaticine à l'ichthyol est appliquée sur tout le pourtour de l'exanthème et n'est pas franchie le lendemain. Les phénomènes généraux s'amendent, la température baisse pour arriver à 37 degrés le 24 mai. L'exanthème s'éteint sur place. Le malade sort guéri le 31 mai.

Observation II. — Le nommé A..., Joseph, vingt-trois ans, est pris, le 7 avril, des prodromes habituels de l'érysipèle. Le 9 avril apparait un érysipèle de la face pour lequel il est soigné chez lui. Mais bientôt l'exanthème, loin de s'éteindre, poursuit sa marche envahissante, gagne le cuir chevelu et la région dorsale. Le malade entre dans nos salles le 14 avril. A l'examen, on constate que l'exanthème, presque éteint à la face, est douloureux au cuir chevelu et à la région dorsale, qu'il couvre jusqu'à la région lombaire, un peu plus étendu à droite. La température est de 39°,5. On applique le 15 avril une bande de traumaticine à l'ichthyol d'une largeur de 5 centimètres sur tout le pourtour de l'érysipèle. L'exanthème est ainsi arrêté. Les phénomènes généraux s'amendent, l'apyrexie se montre le 18 avril.

ÉRYSIPÈLES DES MEMBRES.

Observation III. — Le nommé S..., Pierre, soixante-neuf ans, à la suite d'une blessure du pied gauche, voit apparaître, le 24 octobre, un érysipèle de la jambe qui, les jours suivants, gagne en hauteur. A son entrée dans nos salles, le 29 octobre 1893, l'exanthème occupe tout le membre inférieur gauche, jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse. Phénomènes généraux habituels. Température, 39°,5. On fait, le 29 octobre, une ceinture de traumaticine à l'ichthyol à une petite distance du bourrelet. Cette barrière n'est pas franchie. *L'érysipèle s'éteint sur place.* Apyrexie le 1er novembre. Sortie le 10 novembre.

Observation IV. — La nommée L..., Anna, dix-huit ans, est envoyée de l'hôpital Lourcine pour un érysipèle ayant pour point de départ un bubon ouvert de l'aine gauche. Elle entre à l'hô-

pital le 15 avril, l'exanthème ayant débuté la veille. L'érysipèle s'étend sur la région gauche du tronc et sur la partie supérieure de la cuisse correspondante. On fait une application de traumaticine à l'ichthyol sur tout le pourtour de l'exanthème. Cette barrière n'est pas franchie. La température tombe en trois jours de 39 à 37 degrés. La malade sort le 28 avril.

Observation V. — Le nommé L..., Paul, vingt-huit ans, ressent, le 27 octobre, les prodromes habituels de l'érysipèle ; l'exanthème apparaît à la face le lendemain, et gagne les jours suivants tout le visage et le cuir chevelu. Le malade entre le 3 novembre. On recouvre l'exanthème de vaseline à l'ichthyol. Le malade allait très bien, lorsque, le 10 novembre, la température remonte, et les phénomènes généraux réapparaissent, en même temps que l'exanthème gagne le dos et envahit la moitié supérieure de la région dorsale. On circonscrit par une bande de traumaticine à l'ichthyol qui n'est pas franchie par l'érysipèle. Il est bon de dire que, chez ce malade, les phénomènes généraux étaient peu intenses, et que la température n'a guère dépassé 38 degrés.

Observation VI. — Érysipèle ambulant ayant envahi progressivement tout le corps, malgré des applications réitérées de traumaticine. La nommée V..., Augustine, vingt-quatre ans, soignée à l'Hôtel-Dieu pour une fistule lacrymale gauche, est prise dans la nuit du samedi au dimanche 8 octobre de frissons, céphalée, malaise général. Le dimanche matin apparaît à l'angle interne de l'œil gauche un exanthème érysipélateux qui gagne bientôt, les jours suivants, la face et le cuir chevelu, lequel est pris le 10 octobre, à son entrée à l'hôpital. Aussi traite-t-on l'exanthème par la vaseline à l'ichthyol. Température, 40°,5.

Le 13 octobre, l'exanthème a envahi la région cervicale. On cherche à l'arrêter par une bande de traumaticine, qui est franchie le lendemain. Chaque jour, on fait une nouvelle application de traumaticine, et malgré cela, l'exanthème continue sa marche envahissante, pour ne s'épuiser qu'après avoir recouvert le corps tout entier le 22 octobre, jour de l'apyrexie.

Observation VII. — Voici, par contre, l'observation d'une malade, la nommée P..., Claudine, vingt-six ans, dont le début de l'affection ressemble en tous points à la précédente; mais là, nous avons réussi, après une deuxième application de traumaticine à l'ichthyol, à arrêter l'exanthème à la région supérieure du dos. Ajoutons que cette malade entrait dans nos salles le 25 octobre pour une deuxième atteinte d'érysipèle de la face ayant débuté le 22 octobre.

Voici maintenant quelques observations d'érysipèles de la face, première atteinte, forme aiguë franche, dans lesquelles la traumaticine a arrêté à la fois la lésion locale et l'affection dans sa marche.

Nous ne décrirons pas d'observations d'érysipèles atténués primitifs, ni d'érysipèles récidivés, atténués par une ou plusieurs atteintes antérieures, le traitement réussissant toujours dans ces cas, que nous avons négligé de compter dans notre statistique de 60 pour 100, laquelle serait alors dépassée de beaucoup.

Observation I. — L..., Ernest, dix-neuf ans. Première atteinte, 30 mars. Entrée, 1er avril. Température, 39 degrés. Érysipèle couvrant le nez, les joues et le front. Pas de phlyctènes. On circonscrit l'exanthème par une barrière de traumaticine, qui ne produit qu'une légère et passagère cuisson. L'exanthème est arrêté par cette barrière. Le 4 avril, apyrexie. L'exanthème est éteint.

Observation II. — C..., Élisa, quarante-six ans. Première atteinte. Érysipèle couvrant le nez et les deux joues, et ayant débuté le 4 avril. Entrée le 6 avril, et traumaticine à l'ichthyol. Érysipèle intense, phlycténulaire. Température, 40 degrés. Barrière non franchie. Apyrexie et atténuation des phénomènes généraux le 10 avril.

Observation III. — B..., Zénaïde, trente-deux ans. Première

atteinte. Prodromes le 9 avril. Exanthème le 11. Entrée le 13 avril. Visage entièrement envahi jusqu'au niveau du cuir chevelu. Température, 39 degrés. Barrière de traumaticine à l'ichthyol non franchie. Le 15 avril, apyrexie.

Observation IV. — B..., Charles, vingt-deux ans. Première atteinte. Érysipèle le 3 mai, étendu à toute la face. Entrée et traitement le 4 mai. Réussite. Température, 39 degrés. Apyrexie le 6 mai.

Observation V. — P..., Louise, vingt et un ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 7 juin. Entrée et traitement le 9 juin. Température, 40 degrés. Apyrexie le 13 juin.

Observation VI. — M..., Michel, soixante-neuf ans. Première atteinte. Érysipèle facial le 27 juillet. Entrée et traitement le 28 juillet. Température, 39°,5. Apyrexie le 31 juillet. Sortie le 3 août.

Observation VII. — C..., Marie, trente-cinq ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 3 octobre. Entrée et traitement le 4 octobre. Température, 39°,4. Apyrexie le 7 octobre. Sortie le 11 octobre.

Observation VIII. — R..., Virginie, vingt-deux ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 16 octobre. Entrée et traitement le 19 octobre. Exanthème phlycténulaire intense. Température, 40 degrés. Balnéothérapie. Barrière non franchie. Apyrexie le 23 octobre. Sortie le 26 octobre.

Observation IX. — L..., Eugénie, dix-huit ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 15 novembre. Entrée et traitement le 16 novembre. Température, 39°,6. Balnéothérapie. Apyrexie le 20 novembre. Sortie le 25 novembre.

Comme dernière observation, nous signalerons celle de M. Hallopeau, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie

de médecine, publiée par lui-même dans la *Semaine médicale* de l'année 1893. M. Hallopeau a eu l'occasion d'expérimenter sur lui-même le traitement par la traumaticine à l'ichthyol, trente heures environ après le début d'un érysipèle, qui a pu ainsi être entravé en deux jours.

Ce résultat lui a semblé prouver péremptoirement l'action abortive de cette médication qui a, d'autre part, dit-il, l'avantage d'être très peu douloureuse et d'une innocuité absolue.

Il nous serait facile de publier des observations d'érysipèles traités par les autres traumaticines, les uns avec succès, les autres, beaucoup plus nombreux, avec insuccès. Nous nous dispenserons de le faire, nous contentant de répéter que l'application de la traumaticine à l'ichthyol est celle qui est la plus agréable, la plus inoffensive pour le malade.

CONCLUSIONS.

Nous croyons qu'il n'existe pas actuellement de traitement vraiment abortif de l'érysipèle (c'est-à-dire amenant une diminution prompte et rapide de l'exanthème et des phénomènes généraux infectieux) *dans tous les cas.*

De nombreux traitements ont été préconisés dans le but de faire avorter cette infection due au streptocoque.

Si tous ces traitements ont semblé donner de bons résultats entre les mains de ceux qui les ont préconisés, nous croyons pouvoir objecter que souvent les cliniciens ont englobé *dans leur statistique* les érysipèles récidivés atténués par une ou plusieurs atteintes antérieures, les érysipèles atténués primitifs qui sont, comme les précédents, d'une très grande fréquence, puisque nous avons montré, dans un travail antérieur, qu'on rencontrait l'érysipèle atténué primitif dans le tiers des cas d'érysipèles.

Il faut aussi faire la part des érysipèles abortifs sans traitement, et les éliminer des statistiques, comme nous l'avons fait, l'avortement de l'affection tenant soit aux conditions

du terrain sur lequel évolue le streptocoque, soit au faible degré de virulence du microbe lui-même, soit à l'atténuation de la virulence du microbe due à la résistance de l'individu.

Suivant les conditions favorables dans lesquelles nous nous sommes placés pour faire l'essai des divers traitements préconisés, nous n'hésitons pas à donner la préférence aux traitements qui agissent à la fois mécaniquement par la compression et antiseptiquement pour le microbe.

Parmi ces traitements, c'est encore la méthode qui consiste à circonscrire la plaque érysipélateuse par une barrière de traumaticine à l'ichthyol qui nous a donné les meilleurs résultats, puisqu'elle a réussi dans plus de la moitié des cas, notamment dans des cas d'érysipèles ambulants.

Nous pensons donc avoir répondu comme il convient à la question posée par l'Académie (voir notre finale).

Oui, il existe un traitement abortif de l'érysipèle; ce traitement ne réussit pas toujours, mais très souvent, 60 pour 100, et il consiste dans la préparation de traumaticine à l'ichthyol dont nous avons donné la formule.

Nous pensons ne pas être démentis par les faits en disant que l'association de la compression mécanique (traumaticine) à l'ichthyol, ce puissant agent contre l'infection streptococcique, constitue à l'heure actuelle la meilleure méthode abortive.

Nous répétons que nous avons soumis à un contrôle expérimental, à une critique scientifique sévère les faits publiés par nos devanciers, et que, lorsque nous avons mis en balance nos succès à côté des échecs habituels que nous avions le regret d'enregistrer alors que nous employions les autres traitements, nous n'avons pas hésité à adopter, comme méthode de traitement unique, *la traumaticine à l'ichthyol.*

NOTA. — Ce mémoire a concouru pour le prix Herpin, de Metz, et voici comment M. Hallopeau, dans son rapport lu à

la séance du 13 novembre 1894 (voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 46, du 13 novembre 1894), apprécie ce travail :

« L'auteur du mémoire qui porte le numéro 3, et a pour devise : *Lutter c'est souvent vaincre*, a mis à profit les grandes ressources qu'offre le service d'isolement d'Aubervilliers ; près de deux mille malades lui ont passé sous les yeux. Il les a vu traiter successivement par divers moyens conseillés antérieurement, et finalement par l'ichthyol qui lui a paru donner, de beaucoup, les meilleurs résultats ; il l'a employé, suivant la méthode de Juhel Rénoy, concurremment en pommade sur la surface érysipélateuse, et incorporé dans la traumaticine sur le pourtour des parties envahies.

« *Ses conclusions manquent de netteté* ; il déclare successivement qu'il existe et qu'il n'existe pas un traitement abortif de l'érysipèle ; il dit cependant, en terminant, que l'emploi de la traumaticine à l'ichthyol fait avorter la maladie 60 fois sur 100. L'auteur confirme ainsi les conclusions formulées antérieurement par Juhel Rénoy, sans rien leur ajouter. »

Les lecteurs de ce mémoire apprécieront si toutes les allégations formulées par M. Hallopeau, dans son rapport, sont justifiées.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1) ;

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

Procédé opératoire. — L'incision de la peau portera sur les paquets variqueux les plus saillants ; elle sera donc très variable dans sa longueur et sa direction.

(1) Suite. Voir les trois précédents numéros.

J'en ai fait qui mesurent 35 centimètres ; du reste, quelques centimètres de plus ou de moins n'ont aucune influence sur la marche de la cicatrisation, qui reste la même. Parfois je laisse un pont de peau intacte, pour faciliter l'affrontement pendant la suture.

On tâchera de faire l'incision unique et verticale; souvent il les faut multiples, obliques, sinueuses, en zigzag, pour la recherche de paquets variqueux multiples.

Quand la dissection des veines menace de produire des décollements, il vaut mieux faire une nouvelle incision parallèle.

Le temps de l'opération le plus important est la ligature de tous les vaisseaux ; c'est le seul pour lequel nous ayons donné une règle fixe ainsi formulée : fermeture de tous les vaisseaux grands et petits.

La plaie doit être absolument exsangue :

1° Pour éviter la perte de sang opératoire ;

2° Pour ne pas avoir d'épanchements consécutifs, qui retardent la cicatrisation et menacent de suppuration ;

3° Pour éviter l'infection des veines pendant et encore plus après l'opération.

Cherchez à saisir la veine avec les doigts, qui déchirent moins que les pinces. Disséquez, en rasant de près, et, sitôt qu'il existe une plaie de la veine, fermez-la par une pince hémostatique ; il faut bien prendre garde de ne couper aucune des branches anastomotiques, les disséquer, si elles paraissent malades, jusqu'à leur partie saine, et mettre une pince sur chaque vaisseau qui se perd dans la peau.

La ligature des gros vaisseaux qui montent vers le pli de l'aine a toujours été, de ma part, l'objet d'un soin tout spécial.

Voici mon procédé :

La ligature, en elle-même, n'a rien de spécial ; si je la fais double, j'emploie du catgut solide, le numéro 5 est celui que

je préfère; mais je pratique une manœuvre préparatoire toute spéciale.

Saisissant la veine, je tire sur elle autant que possible, pendant que je fais rétracter la peau, de façon à placer ma ligature aussi haut que possible. Quand la veine est coupée, la partie liée se rétracte profondément; elle est devenue, en quelque sorte, sous-cutanée ; elle est aussi éloignée que possible de la plaie. J'espère ainsi mettre le vaisseau à l'abri des germes que les pansements pourraient apporter sur la plaie, et j'y ai réussi, puisque, chez un malade qui succomba à une lymphangite, les veines baignées dans le pus avaient résisté à l'infection ; cependant, nous n'étions encore qu'au quatrième jour de l'opération, lorsque les premiers accidents se manifestèrent.

Quant aux petits vaisseaux, leur mode de ligature n'a rien de particulier.

Des difficultés opératoires. — Quand les veines variqueuses sont accompagnées de varices des capillaires ou des veinules de la peau, l'incision est quelquefois suivie d'une *hémorragie* très abondante. Les pinces sont inutiles dans ce cas. Prenez des écarteurs à griffes et tirez fortement les lèvres de la plaie, vous arrêterez immédiatement l'écoulement du sang.

La nature des veines est une autre cause de difficultés. A côté des veines variqueuses, solides et résistantes qu'on peut décoller par simple traction ou libérer par quelques coups de bistouri, il y en a d'autres, au contraire, qui sont friables et sans résistance. Elles cèdent au moindre effort, se rompent à chaque instant, le sang coule. Il faut alors multiplier les pinces et disséquer péniblement.

Quand il n'y a pas d'ulcère ou que le bistouri en est loin, la séparation des *adhérences* est possible, même avec des mauvaises veines.

La paroi veineuse se trouve presque toujours libre dans

une grande étendue, souvent même il existe une cavité artificielle dans laquelle on manœuvre aisément à la sonde canelée et au bistouri. Si l'adhérence est dure, on taille un peu dans la graisse.

Mais dans le voisinage de l'ulcère, la veine est totalement adhérente et sa dissection est hasardeuse ; on la blesse ou on la brise souvent, et le sang coule abondamment. Les pinces ne mordent pas dans le tissu induré. Le mieux, pour obtenir l'hémostase, est d'inciser dans la direction du vaisseau béant, de circonscrire son orifice par des incisions qui créent des lambeaux sur lesquels la pince puisse se fixer.

On ne s'attend généralement pas à voir la *contraction veineuse* des variqueuses gêner l'opérateur et lui créer une difficulté ; c'est cependant ce qui se produit. La rétraction des veines variqueuses, sous l'action des instruments et des antiseptiques, est telle qu'on peut se demander si l'on a affaire à une veine malade. La saphène passe du volume du pouce à celui d'une plume de corbeau.

Le repos prolongé (au lit) avant l'opération, le froid même au moment de l'opération, peuvent produire les mêmes résultats, et il faut avoir soin de marquer les paquets variqueux, dès l'arrivée du malade, en passant un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent sur leur peau.

Le tissu adipeux gêne quelquefois beaucoup, surtout chez les femmes ; il est alors impossible de voir les veines, il faut les sentir.

CRITIQUE DES DIVERS AUTRES PROCÉDÉS D'INTERVENTION.

La section. — La section des veines ne peut assurer la guérison, car elle n'est pas capable de détruire les veines variqueuses dans une assez grande étendue ; tout au plus suffirait-elle à modifier le cours du sang en produisant une valvule, mais bien peu importante.

Briquet, dès 1824, avait étudié ce qu'elle produisait, et il écrivait :

« La veine ne s'annihile pas. Elle est oblitérée à l'endroit coupé, mais, dans une étendue d'une à deux lignes. Au-dessus ou au-dessous, elle reprend son calibre. C'est ce qu'il nous a été facile de voir, dit-il, sur tous les sujets ainsi sectionnés, et particulièrement sur un boulanger auquel on coupa successivement quatre veines. Après la guérison, toutes ces branches étaient aussi amples qu'avant, seulement elles étaient traversées par une cicatrice linéaire à l'endroit de la section. »

Il était donc prouvé que la section était insuffisante pour le traitement des varices et qu'elle gênait fort peu la circulation en retour. D'un autre côté, ces incisions à ciel ouvert, où les veines étaient béantes, et sur lesquelles on posait de la charpie, faisaient courir aux opérés des dangers effroyables.

Velpeau démontra, pièces en mains, que même la section sous-cutanée, inventée par Brodie, n'empêchait pas la phlébite. A plus forte raison était-elle à craindre dans les incisions larges de J.-L. Petit et Richerand.

La méthode fut abandonnée et ne reparut pas avec la période antiseptique.

Cependant on en trouve encore des défenseurs pour l'incision circonférencielle de Dolbeau, qui en est le seul vestige dans le traitement des ulcères.

Nous la combattons de toutes nos forces, parce que, même avec la plus sévère antisepsie, elle peut amener des accidents.

Nous lui consacrons un chapitre spécial.

La ligature n'assure ni la formation de valvules ni la disparition des veines variqueuses.

La ligature apparut comme une grande amélioration des procédés opératoires dans le traitement des varices, mais elle n'était d'abord qu'au second plan. Elle se contentait d'empêcher l'hémorragie. Elle avait détrôné, sans conteste,

le procédé si douloureux d'hémostase par le cautère rougi au feu.

L'acte principal était toujours resté la section simple, la résection sur une certaine étendue, ou l'extirpation des veines malades.

La ligature simple ne fut classée, comme moyen de guérison des varices, qu'à partir de Dionis, qui la proposa, et d'Éverard Home (1), qui la vulgarisa en l'employant fréquemment; mais le succès ne fut pas constant, puisque Travers, S. Cooper, Carmichaël, ont publié des cas malheureux.

Pouvait-il en être autrement avant la période antiseptique, lorsqu'on ne savait quel ennemi combattre? On allait, du reste, un peu au hasard.

Béclard dénudait et liait comme E. Home. D'autres liaient au-dessous de la veine variqueuse. Dupuytren liait au-dessus du genou et à la malléole; on se demande pourquoi.

Les efforts tentés pour parer aux accidents étaient quelquefois rationnels, comme la ligature sous-cutanée de Gagnel, mais souvent aussi maladroits.

Déjà, placé à l'extérieur des vaisseaux, le fil était dangereux et déterminait des phlébites par propagation, à cause de la suppuration qu'il entretenait jusqu'à sa chute. Que pouvait-on attendre des procédés suivants?

Velpeau (1840), attirant la veine dans un pli de la peau, passait une épingle au-dessous d'elle, puis il étranglait le vaisseau et la peau par un fil entortillé en 8 de chiffre.

Davat, inconscient du danger, ajoutait à la première épingle une seconde qui embrochait la veine et se plaçait en croix avec la première.

Enfin Trucke, sans hésiter, traversait la veine avec un fil. Ils augmentaient le danger des ligatures au lieu de l'atténuer.

---

(1) *Surgical essays ligature veins*, 1818.

Avec les ligatures résorbables et antiseptiques, le danger a disparu, la ligature est devenue inoffensive, on abandonne tous les procédés ingénieux mais dangereux d'autrefois.

Il reste à savoir si elle donne de meilleurs résultats que d'autres procédés inoffensifs aussi, mais plus difficiles à appliquer.

Compter sur l'organisation du caillot pour transformer la veine en cordon fibreux est aléatoire ; la résorption du sang coagulé ne peut se faire que par l'organisation d'une enveloppe conjonctive et par la pénétration de petits vaisseaux ; ces petits vaisseaux sont la voie ouverte au rétablissement du cours primitif du sang.

Quoique Briquet ait constaté que la veine se transforme en un cordon ligamenteux arrondi et impénétrable, et qu'il ait vu plusieurs des veines affluentes également oblitérées, il est permis de penser que la circulation se rétablit à travers le caillot, comme dans une phlegmatia qui s'organise et résorbe ses coagulations.

Le caillot est un corps étranger qui, en dernier lieu, peut toujours être le point de départ d'accidents.

Il provoque, autour de lui, une phlébite interne qui peut persister longtemps et devenir envahissante.

Avec une seule ligature, on ne peut opérer que des oblitérations peu étendues.

Si l'on poursuit le but de la coagulation du sang dans tous les vaisseaux variqueux, il ne faut plus se contenter d'une ligature, il faut faire des ligatures multiples.

C'est un système encore employé en France par Montaz, et à l'étranger par Phelps.

Montaz s'est montré très satisfait de ses résultats. Mais si nous rapprochons des ligatures multiples la méthode de Rigaut, de Nancy, dessiccation de la veine attirée et maintenue dehors à travers une incision cutanée, nous voyons Rigaut, appréciant lui-même sa méthode, se tenir, malgré

ses nombreuses opérations, sur une sage réserve, lors de sa communication à la Société de chirurgie, en 1875.

Les injections coagulantes intra-veineuses causent évidemment un traumatisme diminué, si l'on ne considère que la piqûre. Elles ont donné beaucoup de succès à Lyon. Valette (1), Pétrequin, Desgranges, Socquet (2), Delore (3), les ont employées un grand nombre de fois.

Mais c'est encore une méthode aveugle, qui demande de grandes précautions, à cause de la menace de l'embolie. Et, par le fait même qu'elle laisse un caillot dans les veines, elle porte avec elle un défaut et menace d'un danger comme la ligature. En effet, le caillot s'organise et les petits vaisseaux, qui pénètrent le caillot pour le résorber, rétablissent la circulation.

D'autre part, la présence d'un caillot dans les tissus provoque un certain degré de phlébite qui peut se propager et faire subir aux tissus voisins l'induration et la sclérose.

Cependant, Daniel Moliere en a vanté le mérite tout récemment (*Lyon médical*, 1890).

Quant aux *injections pratiquées* autour de la veine avec des liquides excitants ou irritants, comme l'alcool ou l'ergotine, leur action est incertaine et la durée du traitement interminable.

Cependant elles paraissent théoriquement devoir s'opposer au développement de la périphlébite et de l'ectasie capillaire, et il ne serait pas surprenant qu'elles donnent des améliorations. Elles agiraient en produisant, dans les tissus voisins de la veine variqueuse, une sorte de contre-phlébite, une sclérose atrophiant les vaisseaux capillaires ; c'est la même explication qu'il faut donner au traitement des varices

(1) Perchlorure de fer.

(2) Liquide iodo-tannique.

(3) Plus de trois cents cas sans accidents, d'après Nicaise.

de Taylor (1), par les vésicatoires répétés qui provoquent la formation, dans la peau, de brides fibreuses comprimant les varices.

Bien que cet auteur assure en avoir vu de bons résultats, et pense que c'est le moyen de faire disparaître l'œdème des variqueux et d'activer leur circulation, nous ne vanterons pas leur emploi et ne mettrons pas ce procédé en balance avec l'extirpation entre ligatures.

A côté de ces procédés, qui agissent sur la veine par l'extérieur, il convient de placer celui de Landerer, de Leipzig, qui émet la prétention d'arrêter aussi bien le cours du sang par un bandage que par une opération. Il place, le long de la cuisse, un ressort spiral dont les extrémités compriment la saphène.

Aux caustiques, caustique de Vienne, de Bérard et Laugier, potasse caustique de Bonnet (de Lyon) et Brodie, chlorure de zinc de Follin, appliqués sur la peau pour atteindre la veine sous-jacente, on peut reprocher la cicatrisation longue, les cicatrices très étendues et irrégulières, et enfin l'incertitude de l'action. On ne voit pas la veine, on ne peut régler la diffusion des liquides, la profondeur de leur morsure.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la destruction des varices par le *fer rouge* ou par l'*extirpation simple sans ligatures* employée aux premiers temps de la médecine.

L'extirpation fut abandonnée à cause des douleurs et de l'hémorragie ; on laissa de côté le fer rouge destiné à arrêter le sang quand fut connue la ligature, moyen beaucoup plus simple et plus sûr.

La saignée, la méthode la plus ancienne de toutes, remonte à Hippocrate (*De ulceribus*). Elle était basée sur une erreur dogmatique. Elle avait pour but de dégonfler les vaisseaux ou de les débarrasser du sang mélancolique. Non seule-

(1) William Taylor, *Medical Press and Circular*, 1891.

ment elle n'y réussissait pas, mais elle provoquait des accidents. La fissure cutanée et veineuse était quelquefois l'origine d'ulcères malins et rebelles (Hippocrate). Galien, Fabricio, recommandaient les plus grandes précautions pour éviter l'interposition du caillot entre les lèvres de la plaie, qui amenait cette redoutable complication.

CRITIQUE DES TRAITEMENTS SPÉCIAUX A L'ULCÈRE.

Nous ne nous arrêterons pas sur les innombrables topiques appliqués successivement sur les ulcérations variqueuses. Ils ont tous donné des succès, mais ils n'ont survécu que le temps qu'ils ont été soutenus par leurs inventeurs. Quand on cherche la raison de leur succès, on trouve le repos et le séjour à l'hôpital. Pas un qui puisse réussir à cicatriser sans le repos. Pas un qui n'empèche l'ulcère de revenir sous la pression du sang exagérée par les fatigues.

La destruction des microbes et l'antisepsie la plus parfaite n'assurent pas la solidité d'une cicatrice d'ulcère variqueux (1).

Il est bien intéressant de remarquer que tous les traitements qui ont donné des succès pour la guérison des ulcères

---

(1) *Divers topiques appliqués sur l'ulcère.* — Liqueur de Labarraque (Labbé, Panas). — Eau chlorurée (Boutier, 1872). — Eau chlorurée calcique (Panas, Laugier, Demarquay). — Nitrate d'argent au vingtième (Breschet). — Perchlorure de fer (Richet). — Teinture d'iode. — Acide phosphorique (Grossich). — Solution acide phénique et éther (Marchand). — Tanin. — Vin iodo-laudanisé (Rédarès). — Poudre de sous-carbonate de fer (Maison, Zartarian). — Bromure de potassium. — Camphre. — Tartrate de fer et de potasse ammoniacal (Bourguignon). — Sulfure de carbone (Liégeois, Guillaumet). — Bandelettes de diachylon (Baynton). — Cérat cinabré (Richemond). — Plomb laminé. — Onguent à la craie, axonge et vaseline Kent Spendis). — Onguent à la farine, gomme arabique, gomme adragante, œuf et craie. — Collodion. — Emplâtre poreux (Coë). — Sparadrap au mi-

variqueux sont dirigés vers un même but, celui de régler le cours du sang.

Le repos et la position horizontale facilitaient la circulation et soulageaient les malades.

L'incision circonférencielle sectionnant les vaisseaux cutanés adhérents à l'ulcère déchargeait de leur apport sanguin les capillaires surmenés de l'ulcère.

La *bande élastique* (1) améliorera la lésion en comprimant les vaisseaux de tout calibre, l'*électricité* (2), le *massage* (3) diminueront le calibre des veines, car les vaisseaux variqueux sont susceptibles de contraction, excepté dans la période la plus avancée, mais vous n'aurez pas enlevé la source du mal. Les varices s'enfleront de nouveau et remettront les tissus dans un aussi mauvais état qu'avant votre tentative.

Seule l'extirpation de la veine malade ou son oblitération arrêtera l'ectasie capillaire et sa sclérose consécutive.

Les *bandelettes de diachylon*, appliquées suivant la méthode de Baynton, ont été rapportées d'Angleterre par Roux, en 1814, et vulgarisées par Boyer.

Les raisons de leur long succès sont multiples. Elles remplissent deux indications :

1° Compression des bourgeons charnus et compression des grosses varices ;

---

nium (Goureau). — Salicylate de bismuth (Desplats). — Dithymol iodé (Quinquaud et Fourmorin).— Iodoforme.— Acide salicylique, borique, phénique. — Glycérine créosotée (Vannier). — Sulfate de cuivre (Quénu, Blanc, 1888). — Sulfate de manganèse. — Sulfate de magnésie. — Blanc, expliquant le rôle favorable du sulfate de cuivre, disait qu'il nourrissait les épithéliums par son soufre.

(1) H.-A. Martin, *Transact. of the American medical Association*, t. XXVIII, p. 589, 1871.

(2) Arnold, Thèse de Paris, 1877 : *Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité.*

(3) Erdinger, *Du massage dans le traitement des ulcères variqueux* (Thèse de Paris, 1893).

2° Protection contre les frottements, les chocs et les infections.

Elles n'empêchaient peut-être pas l'évolution des microbes déjà déposés sur les plaies, mais elles s'opposaient à l'arrivée de nouveaux.

La faveur que rencontrait ce traitement était due, en outre, à la facilité qu'il offrait.

Les soins n'étaient pas quotidiens ; il suffisait de venir chez le médecin tous les huit ou quinze jours, et ces pansements rares permettaient de se soigner sans perdre de temps.

Quelques ulcéreux, après leur pansement, pouvaient continuer à travailler ; mais il nous reste le souvenir que le repos s'imposait après une certaine période. Ramenons donc la valeur du pansement au niveau des autres.

L'*incision circonférencielle* de Dolbeau est renouvelée de Gay, chirurgien anglais qui, en 1853, pratiqua une incision en fer à cheval au-dessous d'un ulcère et le guérit. Elle a guéri des ulcères abandonnés et incurables ; mais, malgré l'avis de notre éminent maître L. Labbé, malgré les assertions de Félizet et Berger à la Société de chirurgie en 1891, je la considère comme plus dangereuse que la résection entre ligatures. Elle expose au danger de l'ouverture des veines.

Elle agit à l'aveugle, elle fait une plaie qui suppure longtemps.

Félizet, élève de Dolbeau, accuse la résection de ne pas supprimer la stase veineuse. Il trouva à l'incision circonférencielle les avantages suivants :

1° Elle fait une saignée locale fort utile ;

2° Elle ne laisse que les vaisseaux profonds en relation avec l'ulcère ;

3° Elle libère les bords de l'ulcère en sorte qu'il se rétracte rapidement.

N'en déplaise à Félizet, mais la théorie de l'utilité de la

saignée locale dans le traitement des varices est un peu vieillotte; elle remonte à Hippocrate. C'est un souvenir de ce sang *melancholicus*, ou *crassus*, ou *phlegmaticus*, qu'il fallait chasser des vaisseaux.

La seconde conclusion est juste et nous pouvons nous y associer.

Mais la troisième est une erreur. Si l'ulcère se rétracte, ce n'est pas parce que l'anneau de peau, circonscrit par l'incision, peut se détacher des autres parties indurées; c'est parce qu'il n'est plus le siège d'œdème ni de sclérose périvasculaire.

L'opinion de Billroth, qui croyait trouver la cause de la non cicatrisation de l'ulcère dans l'immobilité de ses bords adhérents, est absolument erronée.

Les *scarifications de Vidal*, préconisées dans la thèse de Chaussat sur le traitement des ulcères calleux (1), ont encore moins de raison d'être que les incisions circonférencielles, à cause de leur action superficielle.

Ce travail ne repose du reste que sur cinq observations, dont un ulcère non variqueux.

Sur les quatre autres, un malade est sorti avant guérison; les deux autres sont des guérisons d'hôpital, et le dernier a récidivé tout de suite.

L'incision circonférencielle (2) m'a donné un insuccès dans un cas d'ulcère incurable, et elle a été suivie d'accidents sérieux que ne m'ont pas donnés les autres opérations.

Voici le fait :

Une femme atteinte d'un ulcère incurable d'une jambe me demande l'opération. C'est une femme obèse, dont les

(1) Paris, 1883.

(2) Lafarge, Thèse de Paris, 1875 : *Traitement des ulcères de jambes par l'incision circonférencielle.*

veines paraissent mal, et la nature variqueuse de son ulcère était très douteuse.

Dans une première tentative, je ne parviens à découvrir aucune veine malade ni dans le mollet, ni sous l'ulcère. L'ulcère persiste.

Sur les instances de la malade, je renouvelle ma tentative, et, dans la même séance, n'ayant pu découvrir que des vaisseaux insignifiants, je me décide à faire, comme moyen héroïque, l'incision circonférencielle.

La malade eut de la lymphangite, une attaque de rhumatisme aigu, une endocardite très grave, et l'ulcère ne guérit pas mieux (1).

D'où je conclus que si la résection ne réussit pas, l'incision circonférencielle ne réussit pas mieux.

La greffe. — En vain a-t-on cherché à remplacer les cicatrices fines et précaires des ulcères par des greffes de tissus sains et bien vivants. Ces lambeaux vivants n'ont tenu que pendant le repos du variqueux et la vacuité mécanique de ses vaisseaux malades. Les succès obtenus par ces procédés ne sont que des succès d'hôpital.

Tout d'abord, épidermiques ou dermo-épidermiques, elles donnent de bons succès. Elles hâtent la cicatrisation. Elles comblent les pertes de substances. Le résultat est d'autant plus beau qu'on les fait plus confluentes, et qu'on cherche à couvrir toute l'étendue de la plaie. Mais il a fallu préparer les bourgeons charnus par le repos et l'antisepsie, mais elles sont incapables de résister à la distension capillaire. Elles tombent, ou bien s'il en résiste, elles forment de petits îlots au milieu de l'ulcère (2).

---

(1) Chevalier, Thèse de Paris, 1884 : *Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices.*

(2) Nogué, Thèse de Paris, 1891 : *Greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluents.*

La cicatrisation à laquelle elles avaient contribué est donc toujours aussi précaire. Elles n'accroissent pas la solidité de la cicatrice qui s'est formée à l'abri du choc rétrograde du sang.

La greffe par la méthode de Thiersch, à larges lambeaux comprenant l'épaisseur de la peau, pourrait peut-être donner des résultats.

Nous avons trouvé dans la thèse de Tripier (1) une observation curieuse de Reynier, un morceau de scrotum, un morceau de prépuce ont été greffés sur des ulcères; ils ont repris. Malheureusement, le résultat tardif est inconnu.

Nous croyons qu'il n'a pas été la guérison définitive, car la greffe ne s'adresse pas à la cause du mal. C'est un barrage de baudruche pour arrêter un torrent.

(A suivre.)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894 (2);

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Il y a quatorze ans, on a eu l'excellente idée de construire à Ville-Évrard, au milieu de la campagne, complètement séparé de l'asile, bien qu'à proximité, un établissement spécial de 300 aliénés paisibles et travailleurs, constituant une véritable colonie industrielle et agricole. Dans ce but, on a édifié, à droite et à gauche d'un bâtiment central destiné au concierge et aux parloirs en bas, aux internes au pre-

(1) 1887. *Traitement des grands ulcères de jambes par la méthode de Thiersch.*

(2) Suite et fin. Voir les deux précédents numéros.

mier, deux immenses quartiers de 150 lits chacun, Pinel et Esquirol, et en arrière on a groupé deux à deux et se faisant face, entourés d'un mur d'enceinte qui se relie à celui des susdits quartiers, les quatre ateliers qui se trouvent ainsi complètement clôturés et englobés dans ceux-ci ; d'un côté, les tailleurs et les menuisiers, de l'autre, les cordonniers et les forgerons. Ce fut une très heureuse innovation, car elle a permis de réunir tous les travailleurs sur un même point, de les enlever complètement de l'asile et, en leur procurant une existence distincte, de les mieux préparer à la sortie. Là, rien qui rappelle la petite maison. Avec leurs grandes cours, leurs vastes réfectoires, leurs immenses chauffoirs, leurs beaux dortoirs bien aérés et leurs ateliers confortablement installés, Pinel et Esquirol donnent l'impression, non d'un établissement hospitalier, mais d'un établissement professionnel.

Eh bien, ma proposition a consisté à donner l'une de ces deux divisions, Esquirol, aux alcooliques, et d'y installer notre quartier spécial de cure des buveurs, laissant Pinel aux travailleurs aliénés. Cette combinaison permettrait de recevoir à Ville-Évrard 150 alcooliques, tout en conservant à la section son caractère de section de travailleurs. Ces 150 places suffiraient, je le crois, aux besoins du service en attendant l'ouverture de l'asile spécial voté. On aura en outre cet avantage d'avoir sous la main les ateliers qui, nous venons de le dire, sont complètement clôturés et rattachés au quartier et où, par conséquent, les buveurs en possession d'un métier, tailleurs, cordonniers, menuisiers, tapissiers, forgerons, charrons et ferblantiers, pourront être occupés sans inconvénient, puisqu'ils n'auront pas à franchir le mur de clôture pour se rendre à leurs occupations. Enfin, comme Esquirol possède deux galeries couvertes longues chacune de 35 mètres, nous avons demandé qu'on nous autorisât à transformer l'une d'elles en véranda, ainsi que nous avons dit avoir procédé

au premier quartier, afin d'avoir notre atelier de chaussons et de paillassons. Pour que notre organisation fût complète, une chose pourtant manquait encore : le travail agricole, et cette chose-là est indispensable, car tous nos confrères américains insistent sur l'utilité de ce travail qui, s'opérant au grand air, contribue largement à débarrasser l'économie de l'alcool dont elle est imbibée tout en la fortifiant. Mais pour envoyer les alcooliques dans les champs, il est indispensable d'avoir un personnel nombreux et dévoué pour assurer la surveillance, plus nombreux que celui dont nous disposons ; aussi avons-nous demandé au conseil général de la Seine de nous accorder un supplément de gardiens. M. le docteur Deschamps et M. Thuillier, conseillers municipaux de Paris, ont bien voulu se faire les défenseurs de notre proposition, et sur le rapport de ce dernier, l'assemblée départementale a voté, pour 1895, un supplément de quatre gardiens. Nous les en remercions bien sincèrement. Grâce à eux, notre section d'alcooliques fonctionnera cette année dans les meilleures conditions, et ils auront en outre réalisé une économie.

Il paraîtra paradoxal qu'une augmentation du personnel aboutisse à une économie. Mais qu'on veuille bien réfléchir qu'en l'absence d'un nombre suffisant de surveillants, nous sommes contraints de garder dans la section et d'occuper à la confection de chaussons des gens qui sont d'habiles ouvriers. On a vu plus haut combien étaient nombreux, parmi nos buveurs, les tailleurs, les cordonniers, les charpentiers, les ébénistes, les tapissiers, les forgerons, les mécaniciens, les maçons et les peintres. Maintenant que nous avons un personnel suffisant à assurer la surveillance et à empêcher les malades de boire, nous pourrons envoyer tous ces ouvriers dans les ateliers ; n'est-il pas évident que le produit de leur travail excédera de beaucoup la dépense résultant de l'augmentation de celui-ci ? Nombreux aussi sont les journaliers

et les terrassiers qui rapidement deviendront d'excellents travailleurs pour la campagne. Le conseil général, en se rangeant à l'avis de M. Deschamps et de M. Thuillier et en nous accordant quatre gardiens, loin d'avoir accru les dépenses, aura donc au contraire augmenté les recettes.

Ainsi, envoyer les alcooliques, sous bonne garde, travailler à la campagne et dans les ateliers, ce n'est pas seulement faire de la bonne thérapeutique, mais encore de la bonne administration, et il est d'autant plus profitable d'occuper ces malades au dehors, qu'en les tenant toujours enfermés à confectionner des chaussons on arrive à avoir un stock considérable d'un produit très difficile à écouler et sur lequel on perdra certainement plus que la dépense résultant du supplément de personnel qu'on a bien voulu nous accorder.

Les résultats, bons ou mauvais, que nous obtiendrons, nous nous engageons à les faire connaître scrupuleusement, sans atténuer en rien les échecs que nous subirons. Je l'ai déjà écrit, il ne serait pas digne d'un grand pays aussi humanitaire que le nôtre de ne point tenter, en faveur des buveurs, qu'ils soient au fond des malades ou des vicieux, un moyen de traitement ou de correction qui fournit à l'étranger de 30 à 35 pour 100 de guérisons ou d'amendement, mais à la condition d'être des juges impartiaux, des hommes de science poursuivant des observations, ni partisans enthousiastes ni détracteurs systématiques. C'est afin de ne pas différer plus longtemps cette très intéressante et très utile expérience, sans attendre l'ouverture de l'asile spécial, que je me suis empressé de donner d'abord le premier quartier de ma division d'hommes aux buveurs, et ensuite de proposer la grande section d'Esquirol, réduisant à 145 lits mon grand service d'épileptiques, afin de leur trouver un nombre de places suffisant. Le difficile sera de les garder le temps nécessaire à assurer la cure, lors d'un premier internement. Nombreux, en effet, avons-nous établi, sont ceux

chargés de famille, ayant femme et enfants, ceux-ci au nombre de trois, quatre et même cinq. En l'absence du chef, c'est la misère noire au foyer, les petits criant la faim. Déjà j'ai dû en laisser sortir quelques-uns après moins d'un mois d'abstinence, laps de temps de toute évidence trop court, car le minimum, au dire des confrères expérimentés, est de six mois, mais il a été bien convenu, avec les malades et leur famille, qu'une rechute entraînera, sans rémission aucune, un internement d'un semestre au moins. Contre celle-ci nous comptons beaucoup sur le concours des sociétés de tempérance et de patronage, continuant au dehors l'œuvre commencée à l'asile, et aidant le sortant à trouver une occupation autre que celle qu'il avait avant sa maladie, si elle lui procure de trop fréquentes occasions de boire, et surtout si elle a été la génératrice de son intempérance; tous nos confrères étrangers sont d'accord sur la nécessité de ce changement de profession dans les conditions indiquées ; pour eux, la rechute est à peu près certaine si le buveur est replacé dans le milieu qui engendra son ivrognerie.

Eh bien, cette cure que nous tentons à Villé-Évrard, pourquoi nos collègues des grands asiles de province ne la tenteraient-ils pas également ? C'est en partie dans le but de les y exhorter que j'écris ce mémoire. Sans doute les alcooliques sont plus nombreux dans la Seine qu'ailleurs, mais dans beaucoup de départements il y a encore une proportion de buveurs de près de 20 pour 100, sinon plus. Dans certains établissements provinciaux, ils suffiraient à remplir une section ; ces maisons auraient ainsi leur quartier spécial pour la cure des buveurs. Si leur nombre était insuffisant à peupler la section, rien n'empêcherait de combler les vides avec certains aliénés paisibles, non alcooliques il est vrai, mais auxquels, pour des raisons tirées soit de leur état mental, soit de leur état physique, conviendrait le régime abstinent. Il importerait, je crois, d'être vite et sérieusement fixé sur

la valeur de la méthode; or, le moyen que nous enseignons, consistant à multiplier les essais sur les points les plus opposés du territoire, nous fournirait ce double résultat avec des chances de certitude, les expériences étant conduites par des savants divers dans des milieux différents. Il n'y aurait pas à se préoccuper outre mesure du recrutement du personnel abstinent. A en juger par mon expérience personnelle, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'équivalent de la ration de vin étant payée en argent, on trouve facilement des gardiens qui acceptent cette situation. Ce recrutement devient plus difficile si l'on veut des hommes réellement abstinents, de vrais abstènes, qui jamais ne goûtent à l'alcool. Cependant on en trouve encore, et même beaucoup plus qu'on ne croirait. Plus sérieuse pour les directeurs-médecins de province est la question de dépense, leur capacité médico-administrative étant presque toujours jaugée par les assemblées départementales d'après les bonis. Il n'est pas contestable que l'alcoolique, tel que nous le traitons à Ville-Évrard, coûte bien plus cher au département que l'aliéné ordinaire. Le thé, la gentiane, le lait, représentent incontestablement une dépense plus forte que le vin qu'ils remplacent. Dans la Seine, nous avons le bonheur de posséder un Conseil général qui ne refuse jamais rien dès qu'il s'agit d'assister des malheureux, et nous en avons eu encore la preuve cette année même, par les quatre gardiens supplémentaires qu'il nous a accordés; mais il n'en est malheureusement pas partout ainsi. D'ailleurs, non seulement il n'est pas nécessaire, mais même mieux vaudrait ne pas faire si grand qu'ici. On trouvera, dans mon mémoire sur *le Régime intérieur des asiles de buveurs*, publié par la *Revue d'hygiène*, longuement développées les raisons pour lesquelles je crois qu'il est préférable de remplacer le vin supprimé simplement par un pot de gentiane, qui ne coûte que quelques centimes, et un pot du breuvage dont j'ai parlé

plus haut et dont je donne, dans ce mémoire, la composition et la fabrication ; le litre revient à 7 centimes ; dans ces conditions, la question d'argent n'aurait plus sa raison d'être. Enfin, il y a aussi à se préoccuper de l'écoulement des produits confectionnés, chaussons et paillassons, qui, avec un nombre même modéré d'alcooliques travaillant dans le quartier d'où ils ne doivent pas sortir durant le temps d'isolement, excéderont certainement les besoins de la maison. Le mieux, à mon avis, est de s'entendre avec les autres établissements hospitaliers de la ville et de la région, afin de les approvisionner de ces deux fournitures.

Ainsi a fonctionné, en 1894, le premier service spécial d'alcooliques ouvert en France ; nous poursuivrons notre expérience sans parti pris, dans l'unique but de nous assurer si la méthode thérapeutique qui, à l'étranger, procure de 30 à 40 pour 100 de guérisons, est susceptible d'agir aussi efficacement sur les buveurs de notre pays. Quel que soit le résultat définitif, bon ou mauvais, nous n'aurons pas à regretter d'avoir entrepris cette œuvre.

NÉCROLOGIE

Alphonse Guérin.

Alphonse Guérin vient d'être emporté en quelques jours par une congestion pulmonaire. Il était né en 1816. Il n'avait donc comme anciens que MM. Maisonneuve et Marjolin, qui restent les doyens de la chirurgie française. Rien ne faisait prévoir cette fin soudaine; il présidait le concours de l'internat des hôpitaux, et c'est en sortant d'une des séances de ce concours, qui dure depuis plus de trois mois, qu'il a dû s'aliter; on peut dire qu'il a succombé à la peine. J'avais, il y a peu de jours, au sujet des modifications à apporter au concours de l'internat pour en abréger la durée, une longue conversation avec lui. Il disparaît avant d'avoir pu voir mettre ses idées en pratique. Il n'aura pas non plus la joie de présider le prochain congrès français de chirurgie, ce

qui était pour lui comme le couronnement suprême de sa carrière chirurgicale.

Il parlait déjà du discours d'ouverture qu'il prononcerait à la première séance de notre congrès : « Ce sera, me disait-il, comme mon testament scientifique. » Il est probable qu'il aurait revendiqué hautement la part considérable qui lui revient dans la découverte de l'antisepsie. C'était, d'ailleurs, le sujet qui lui tenait le plus à cœur, et tous ceux qui l'ont approché se rappelleront avec quelle énergie il défendait ses droits à cet égard. On n'a pas oublié les nombreuses polémiques soulevées sur ce point ; l'an dernier encore, n'est-il pas venu à la tribune de la Société de chirurgie réclamer ce qui lui était dû. Il ne faut pas oublier, comme il aimait à le répéter, « qu'il est le premier chirurgien qui se soit lavé les mains *avant* d'opérer ». Son pansement ouaté, qu'on n'emploie plus aujourd'hui, n'en était pas moins, à l'époque où il l'a préconisé, une véritable révolution dans la chirurgie des membres ; grâce à lui, le nom d'Alphonse Guérin est inséparable de l'histoire de l'antisepsie. Je ne veux pas rappeler ici la liste de ses nombreux travaux. Son *Traité de médecine opératoire* a servi à toute une génération de chirurgiens. Ses préceptes sur le meilleur mode d'administration du chloroforme sont encore bons à suivre. Tous ses élèves et tous ses amis garderont au vieux maître le souvenir ému de ses hautes qualités d'esprit et de cœur. Ce fut, avant tout, un caractère ; très entier, toujours cassant avec ceux dont la correction professionnelle lui paraissait suspecte, il reste un modèle de probité scientifique. Il est demeuré fidèle à ces convictions de jeunesse qu'il avait, en mainte circonstance, eu l'occasion d'affirmer publiquement, et ses adversaires se sont toujours inclinés respectueusement devant lui. Je suis personnellement très ému de donner à Alphonse Guérin cette dernière marque de reconnaissance et d'affectueuse estime en écrivant ces quelques mots pour le *Bulletin de thérapeutique.*

Dr Aimé GUINARD.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

UN BUSTE AU DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

DANS SON SERVICE DE L'HOPITAL COCHIN

Les élèves et les amis du docteur Dujardin-Beaumetz ont ouvert une souscription pour faire placer, à l'hôpital Cochin, au milieu de l'ancien service de la clinique thérapeutique, une reproduction en bronze du buste en marbre que le maître fit exécuter, en 1886, par le sculpteur Franceschi.

Tous les élèves, tous les amis du maître regretté, tous les lecteurs du *Bulletin général de thérapeutique*, auront à cœur de se réunir pour perpétuer, au milieu de son ancien service, le souvenir de l'homme de devoir, de science et de grand cœur que fut Dujardin-Beaumetz.

Il s'agit d'une œuvre d'intimité où l'affection et la reconnaissance ont la meilleure part; nous ne doutons pas que les lecteurs du *Bulletin*, qui sont tous des amis, nous reprocheraient de ne pas les y associer.

Les souscriptions sont recueillies par le docteur Stackler, ancien interne des hôpitaux, 1, rue d'Édimbourg, à Paris.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile;

Par le docteur Moncorvo, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

I

L'agrandissement des ressources curatives est à coup sûr l'une des plus actives préoccupations de ceux qui se consacrent à l'étude et à l'exercice de la pédiatrie. Les remarquables progrès accomplis dans le domaine de la thérapeutique générale, grâce surtout aux inépuisables découvertes de la chimie moderne, ne pouvaient certes manquer de bénéficier à cette branche spéciale de la clinique, laquelle a bien attiré, dans ces dernières années, une attention toute particulière.

C'est ainsi, par exemple, que les heureuses acquisitions que nous devons aux recherches entreprises l'une après l'autre au sujet des différents dérivés de la série aromatique, ont considérablement enrichi déjà la thérapeutique infantile ; et il nous suffit de citer les succès bien répandus de la résorcine, de l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine, de la phénacétine, de l'exalgine pour en faire la preuve. On peut donc signaler la série aromatique comme étant l'une des sources les plus fécondes d'une classe de médicaments possédant des pouvoirs multiples s'adressant, avec une activité à peu près égale, contre la douleur, la fièvre, l'infection et les hémorragies périphériques. Or, parmi ceux-ci, il est juste de placer au premier rang l'un des plus récents, le naphtol, dont la valeur comme germicide a été expérimentalement mise en évidence par M. le professeur Bouchard. Les succès recueillis partout de son emploi en cette qualité

ne pouvaient pourtant suffire à tous les cas où l'on en pourrait tirer parti, vu son insolubilité, qui en restreignait les applications. Ce regrettable inconvénient ne tarda guère à éveiller, chez l'un de nos plus savants thérapeutes, M. Dujardin-Beaumetz, l'idée d'obtenir du naphtol un dérivé soluble qui, à côté d'un équivalent toxique médiocre, jouirait d'un pouvoir bactéricide puissant, devenant, en conséquence, utilisable pour l'antisepsie générale. De fait, dès le mois d'août 1889, sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, M. Y. Bang se mit à la recherche d'un dérivé du naphtol possédant les qualités voulues, et au mois de mars 1892, à la suite de patientes et longues investigations, on s'arrêtait à l'adoption d'un éther sulfurique du naphtol β à l'état de sel de calcium, qui a reçu le nom d'*asaprol*. Ce produit, fabriqué par MM. Scheurer-Kestner et Rolting, de Thann, a été d'abord présenté à l'état de solution, et plus tard sous la forme d'une poudre d'une coloration rosée, d'une consistance un peu poisseuse, d'une odeur rappelant celle du naphtol, douée d'une saveur légèrement amère qui ne tarde pas à devenir douceâtre et extrêmement soluble dans l'eau.

J'ai en effet vérifié, comme l'avaient fait MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler, que 100 parties d'eau à 18 degrés (notre température moyenne) dissolvent 170 d'asaprol. En l'étudiant soigneusement, ces expérimentateurs sont arrivés à cette conclusion que l'asaprol est le plus soluble, le plus antiseptique, et aussi le moins toxique de tous les dérivés du naphtol.

Les recherches de MM. Stackler et Dubief, collaborateurs de M. Dujardin-Beaumetz, ont fait voir que 7 grammes de cet agent médicamenteux empêchent le développement du bacille d'Eberth dans 1 litre de culture, de même que 16 grammes de la substance amènent l'arrêt du développement du bacille pyocyanique dans 1 litre de bouillon. L'asaprol agit d'une égale façon sur les cultures du microorganisme

du charbon, du choléra asiatique et la diarrhée verte, dans la proportion de 8 centigrammes pour 10 centimètres cubes de bouillon. Les cultures du germe de la morve et du bacille *coli* sont, elles aussi, atténuées par ce produit (3 à 10 centigrammes pour 10 centimètres cubes de bouillon). En l'essayant, pour notre part, vis-à-vis des cultures du germe de la coqueluche, nous avons constaté, Moncorvo fils et moi, que 5 grammes de la substance en empêchent le développement dans 1 litre de milieu nutritif. Dans un autre côté, les recherches cliniques auxquelles je me suis livré m'autorisent à croire que l'asaprol exerce également une action bactéricide vis-à-vis du microorganisme malarigène.

Les expériences comparatives faites avec les divers dérivés du naphtol ont permis de reconnaître que le pouvoir bactéricide de l'asaprol est une fois et demie à deux fois plus fort que celui des précédents.

La partie expérimentale de cette étude, à laquelle je n'aurai rien à ajouter, se trouve relatée en détail dans le remarquable mémoire publié en 1893 par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler (1).

Mon but, dans ce travail, est d'exposer le résultat de mes recherches thérapeutiques sur l'asaprol dans le domaine de la clinique infantile. Avant d'aborder pourtant mon sujet, je passerai brièvement en revue les résultats de mes investigations faites dans l'enfance, par rapport aux effets généraux du nouveau médicament vis-à-vis de la température, du pouls et de la respiration.

Chez un certain nombre d'enfants à l'état sain, ou affectés de maladies purement locales, l'administration de l'asaprol à des doses variées n'a exercé aucune modification appréciable du côté de la chaleur, ni du pouls, et en-

(1) *Recherches thérapeutiques sur un dérivé soluble du naphtol β (asaprol). Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1893, p. 1 et suiv.

core moins du côté de la respiration. Aussi, la tolérance pour ce médicament a été observée chez presque tous ceux qui se trouvaient atteints de maladies fébriles. Les enfants plus âgés n'ont jamais fait aucune plainte sérieuse à l'égard de la saveur du médicament, qui n'a provoqué du reste chez eux aucun effet fâcheux du côté du tube digestif, les doses administrées étant toujours fractionnées. Je dois même ajouter qu'il ne m'a jamais été donné d'observer des selles diarrhéiques provoquées par l'asaprol, ainsi que cela est arrivé chez quelques malades de Dujardin-Beaumetz, notamment chez ceux affectés de rhumatisme.

Chez les enfants atteints d'affections fébriles, telles que la malaria, la lymphangite aiguë, la tuberculose, la bronchite, la broncho-pneumonie, etc., l'asaprol a exercé une influence sensible sur la température aussi bien que sur le pouls. Cette influence s'est produite dans des limites très variables selon les cas.

Le rhumatisme articulaire aigu n'étant que rarement observé dans l'enfance, surtout dans le théâtre de mon observation, il ne m'a pas été permis de contrôler chez les jeunes sujets les effets heureux du médicament contre cette affection signalés par M. Dujardin-Beaumetz. Dans quelques cas de tuberculose aiguë, de bronchites, de broncho-pneumonies, etc., où l'action antithermique de l'asaprol avait fait évidemment défaut, j'ai pu souvent m'assurer que d'autres agents aussi dérivés de la série aromatique, et justement réputés comme de puissants antithermiques, n'avaient alors plus de succès. Je ne me crois pourtant pas autorisé, à l'heure qu'il est, d'affirmer que cette propriété de l'asaprol surpasse celle des précédents, étant donné que la dose administrée soit identique. L'antipyrine, la thalline, la phénacétine, etc., amènent assurément la chute de la chaleur fébrile à des doses bien plus faibles que le médicament qui nous occupe ; mais toutes choses égales d'ailleurs, ce dernier

aurait l'avantage d'être un antiseptique plus fort, tout en possédant un équivalent toxique moindre.

En ce qui regarde l'influence de l'asaprol sur la fréquence et le rythme respiratoires chez les jeunes sujets, il ne m'a été donné d'en enregistrer aucun fait positif. Dans les cas d'affections bronchiques ou broncho-pulmonaires, le rapprochement ou le retour des mouvements respiratoires au type normal paraissaient devoir être rapportés à la modification du processus inflammatoire.

Chez plusieurs de mes petits malades, encore même que les doses du médicament aient été peu élevées, il m'a été donné d'observer l'apparition d'une transpiration parfois assez abondante, durant le temps d'action de l'asaprol. MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler déclarent l'avoir aussi observée, notamment chez des tuberculeux. Dans mes observations, je la trouve signalée dans le cas de tuberculose, et aussi dans des cas de malaria.

Je n'ai pu jamais découvrir, chez mes jeunes sujets, la moindre manifestation cérébrale pénible par l'effet du médicament ; jamais de céphalées, ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles, comme il arrive par suite de l'emploi de la quinine et du salicylate de soude. Par contre, dans certains cas d'excitation cérébrale, il m'a paru agir comme un calmant, en procurant au petit malade un sommeil plus long et plus tranquille.

Dans tous les cas de M. Dujardin-Beaumetz, l'asaprol n'a fait naître aucune éruption cutanée. Bien au contraire, il aurait vu disparaître des efflorescences préexistantes. En ce qui me regarde, je dois cependant déclarer avoir constaté deux fois, chez des petits enfants, un érythème, occupant plus particulièrement le tronc, survenu à la suite de l'usage de l'asaprol, et disparaissant peu après son interruption. Ces enfants, il faut bien le dire, étaient doués d'un tempérament nerveux fort excitable.

Dans la majorité de mes observations, j'ai été à même de signaler l'augmentation de la quantité de l'urine. Ce fait a été spécialement noté chez mes petits malariens, qui présentaient une oligurie plus ou moins accusée. Quand l'urine de mes petits malades contenait de l'albumine, l'administration du médicament m'a semblé en augmenter la proportion. Il y a donc analogie entre mes observations chez l'enfant et celles faites chez les adultes par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler; d'après eux, la présence d'une quantité moyenne d'albumine dans l'urine ne serait pas une contre-indication à l'administration de l'asaprol à des doses modérées.

L'asaprol possède une propriété qui n'a point été signalée et qui augmente la valeur de ce médicament; je veux parler de son pouvoir hémostatique. Mon attention a été attirée de ce côté par Moncorvo fils, qui a vu chez une petite fille, à qui je venais d'ouvrir un abcès, un écoulement sanguin s'arrêter par l'introduction dans le foyer d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution concentrée d'asaprol. Ce premier fait bien avéré d'hémostase fut bientôt suivi de plusieurs autres, parmi lesquels je citerai les suivants :

a. — Un jeune homme se fait accidentellement, au moyen d'un canif, une profonde incision à la pulpe du pouce gauche, à laquelle succède un écoulement abondant de sang. On applique de suite sur les bords de l'incision une certaine quantité d'asaprol en substance à l'aide d'une pelote d'ouate, et au bout de trois minutes le sang avait entièrement cessé de couler.

b. — Un homme de soixante ans est profondément blessé à la région thénar de la main gauche, d'où hémorragie rebelle à divers moyens tentés pour l'arrêter, y compris la compression. On applique alors sur le point blessé une compresse d'ouate imbibée d'une solution concentrée d'asaprol, et dans le court laps de trois minutes, l'écoulement s'était complètement arrêté.

c. — Un jeune garçon est pris subitement, à la suite d'un copieux repas, d'une épistaxis profuse qui tend à se prolonger malgré des lavages répétés d'eau froide. On recourt donc au tamponnement de la narine droite, d'où provenait le sang, au moyen de l'ouate imprégnée de poudre d'asaprol. Or, en retirant l'ouate, deux minutes et demie après, on constate la cessation de l'hémorragie.

d. — Un homme bien portant, au moment d'ouvrir un canif, se fait involontairement, au pouce gauche, une blessure quelque peu profonde donnant lieu à une hémorragie veineuse abondante. Un tampon imprégné d'asaprol en poudre, maintenu pendant moins de trois minutes, amène la cessation de l'écoulement sanguin, et la cicatrisation s'opère par première intention.

e. — A la suite de la dilatation d'un abcès sous-scapulaire chez une fillette de mon service, il survint une hémorragie à travers les lèvres de l'incision. Un tampon fortement imprégné d'asaprol y fut introduit et mit promptement fin à la perte sanguine qu'il convenait d'éviter à tout prix, en raison de l'état de dépérissement extrême de l'enfant.

f. — Dans quelques cas de débridement du frein lingual, que j'ai dernièrement pratiqué dans mon service, j'ai eu recours au badigeonnage préalable de la région avec une solution concentrée d'asaprol, et évitait de la sorte la moindre hémorragie.

g.— L'un de mes assistants, M. O'Reilly, devant une hémorragie en nappe abondante provenant de la muqueuse préputiale, appliqua sur la surface saignante une couche d'ouate imbibée d'une solution d'asaprol ; l'action hémostatique ne se fit guère attendre.

Je chargeai, après ces faits, Moncorvo fils d'étudier expérimentalement l'action hémostatique de l'asaprol, en agissant envers ce nouveau produit comme je l'avais fait avec l'antipyrine, la thalline, l'acétanilide et la phénacétine(1). Dans mes

---

(1) Moncorvo, *De l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine au point de vue hémostatique*. Paris, 1889. O. Berthier, éditeur.

expériences faites en 1889, j'avais en effet rendu bien évidente la supériorité des deux premiers de ces agents sur l'ergotine et le perchlorure de fer vis-à-vis des hémorragies, contre lesquelles ils peuvent agir directement. Or, des expériences analogues, pratiquées avec l'asaprol, lui ont assuré à bon droit une place à côté de l'antipyrine et de la thalline, au point de vue hémostatique.

Première expérience. — Cobaye pesant 210 grammes. Hémorragie profuse à la suite de la désarticulation huméro-cubitale droite pratiquée à 4 heures de l'après-midi. Application d'un tampon imbibé d'une solution saturée d'asaprol. Trois minutes après, l'écoulement sanguin avait cessé.

Deuxième expérience. — Cobaye, poids 220 grammes. Amputation du membre postérieur droit. Perte abondante de sang. A 4 heures de l'après-midi, on applique sur la surface saignante une couche d'ouate trempée dans une solution très concentrée d'asaprol. A 4 h. 03, on lève l'ouate et on constate la disparition de l'hémorragie.

En faisant de nouvelles expériences comparatives avec l'antipyrine à ce même point de vue, Moncorvo fils arriva à conclure que le pouvoir hémostatique de l'asaprol est peut-être plus grand que celui de l'antipyrine. De nouvelles recherches viendront décider cette question, mais ce qui reste hors de doute, c'est la propriété fort utilisable que possède le nouvel agent médicamenteux d'enrayer les écoulements sanguins, contre lesquels il agit directement. Dans le but de connaître l'action directe du médicament sur le sang, l'expérience suivante a été instituée :

Dans une préparation de sang frais, Moncorvo fils a introduit, par capillarité, une à deux gouttes d'une faible solution d'asaprol. En soumettant de suite la préparation à l'examen microscopique, il a pu observer ce qui suit : au fur

et à mesure que le liquide se mettait en contact avec les globules sanguins, ceux-ci prenaient immédiatement la forme sphérique, perdaient leur coloration normale pour prendre graduellement une teinte brunâtre plus ou moins sombre, en devenant, au bout de trois à quatre minutes, complètement altérés. Une expérience analogue, pratiquée avec l'antipyrine, a fourni le résultat suivant : en présence de la solution d'antipyrine, les hématies restaient pendant quatre à cinq minutes tout à fait indifférentes, l'hémoglobine ne paraissant pas subir de modifications appréciables. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'elles commençèrent à s'altérer, jusqu'à leur entière destruction quatre minutes plus tard. Avant cet examen microscopique du sang traité par ces deux agents, l'observation à l'œil nu avait permis de voir que le sang, mêlé avec une solution d'asaprol, aussitôt après sa sortie des vaisseaux, se transformait rapidement en une masse grumeleuse flottant dans un liquide hyalin, le sang artériel passant du rouge rutilant au brun et au brun noirâtre. L'aspect du sang artériel, en contact avec une solution d'antipyrine, ne se modifie pas d'une pareille façon ni aussi promptement.

Il paraît donc, jusqu'à nouvel ordre, que le dérivé soluble du naphtol exerce peut-être sur le sang une action coagulante plus forte que celle de l'antipyrine. La solution de cette question demande pourtant de nouvelles recherches.

J'ajouterai qu'à côté de sa propriété hémostatique, l'asaprol jouit, presque autant que l'antipyrine, d'un pouvoir cicatrisant assez marqué, ce qui le rend d'une très grande utilité pour le pansement des blessures ou des ulcères.

II

Les remarquables effets thérapeutiques de l'asaprol signalés par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler, chez les adultes, m'ont encouragé à l'essayer vis-à-vis de l'enfance. Mon des-

sein a pu être bientôt satisfait, MM. Scheurer-Kestner et Költing m'ayant remis gracieusement des échantillons d'asaprol sous la forme pulvérulente dont se sont également servis dans leurs recherches les deux expérimentateurs français. Je l'ai essayé sur plus de cent enfants affectés de maladies les plus diverses, aiguës ou chroniques, générales ou locales. J'ai prélevé sur les cas en question un stock de cinquante-sept observations, qui m'ont paru les plus instructives, et que je relaterai plus ou moins en détail. Ces observations comprennent des enfants des deux sexes, dont l'âge a varié de dix jours à quinze ans. Le médicament fut administré depuis 25 centigrammes jusqu'à 3 grammes par vingt-quatre heures, presque toujours dilué dans de l'eau sucrée ou additionnée d'un sirop comme celui de Tolu, de groseilles, de canelle, etc. Dans tous les cas, il a été donné à des doses fractionnées, ce qui a beaucoup contribué sans doute à ce qu'il a été, presque sans exception, très bien supporté par les jeunes sujets.

Pour les lotions, les irrigations ou les lavages, je me suis toujours servi d'une solution aqueuse dont la proportion variait de 1 à 5 pour 100.

Enfin, pour les applications sur la peau ou sur la muqueuse nasale et bucco-pharyngienne, j'ai eu recours, comme véhicule, soit à la vaseline associée ou non à la lanoline, soit encore à un vernis selon une formule analogue à celle adoptée pour le stérésol par M. Berlioz, de Grenoble.

Pour plus de clarté, je diviserai donc mes observations en deux groupes : le premier comprenant des cas où l'asaprol fut administré par la voie gastrique, le second se rapportant aux applications locales ou externes.

A. — ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR.

Ce groupe comprend des observations concernant l'emploi de l'asaprol dans le traitement de la malaria aiguë, de

la tuberculose, ainsi que de la broncho-pneumonie. Il ne m'a pas été possible de l'essayer dans des cas de rhumatisme articulaire aigu ou musculaire, les faits de ce genre n'ayant point été observés dans mon service au temps de ces recherches thérapeutiques. Dans tous les cas, le médicament a été le seul agent antithermique ou antiseptique employé, et c'est à peine si chez quelques petits malades j'ai étudié comparativement l'action d'autres agents synergiques.

A. *Malaria.* — Parmi les faits se rapportant à l'étude de l'asaprol dans le traitement du paludisme aigu, j'ai prélevé les quinze observations qui suivent concernant des enfants dont l'âge varie de quinze jours à douze ans, en outre deux autres qu'on trouvera plus loin au chapitre consacré au traitement de la coqueluche.

Observation I. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Adalbert, quinze jours. Père ayant présenté des accidents secondaires de la syphilis. Allaitement artificiel. Peau parsemée de papules miliaires. Depuis quatre jours, des selles catarrhales sanguinolentes en nombre croissant, précédées et suivies de ténesme. Ventre ballonné. Langue recouverte d'un léger enduit saburral. Soif vive. A cette même époque, apparition d'une fièvre subcontinue aux maxima vespérals. Le petit malade tombe alors dans un état marqué de prostration et ses extrémités se refroidissent. Ventre ballonné. Le foie et la rate quelque peu augmentés.

Potion avec 25 centigrammes d'asaprol.

Pendant les deux jours qui suivirent, la fièvre s'amenda quelque peu, les maxima de la chaleur ne dépassant pas 38 degrés, tandis qu'avant l'administration de l'asaprol, ils arrivaient à 39 degrés. Aussi les nuits devinrent plus calmes, les coliques n'étant que très rares et beaucoup moins accusées.

La dose journalière de l'asaprol fut alors élevée à 50 centigrammes, et la chaleur baissa définitivement quarante-huit heures après. Aussi les selles reprirent leur composition et leur colora-

tion physiologiques. Le foie et la rate s'étaient réduits à leurs dimensions normales.

Observation II. *Malaria aiguë.* — Petite négresse de vingt-cinq jours, née à Rio, présentée le 4 septembre 1894. Cette fillette, nourrie au sein par sa mère, n'avait rien présenté d'anormal jusqu'aux cinq derniers jours, lorsqu'il survint une diarrhée d'abord peu accusée, mais étant devenue plus fréquente pendant les dernières vingt-quatre heures, se compliquant de plus de coliques. Nuits mauvaises, insomnie, agitation, gémissements ; au tomber du jour, accroissement de la chaleur du tronc, coïncidant avec le refroidissement des extrémités. Au moment de la visite, température rectale, 37°,7. Langue chargée. Soif. Ventre ballonné. Rate augmentée. Aucune tare héréditaire appréciable.

Lavage intestinal avec une solution boriquée à 3 pour 100.

Asaprol, 50 centigrammes en potion.

Le 5 septembre, température rectale, 37°,6. Sommeil plus calme pendant la dernière nuit. Accès plus court, l'hypothermie périphérique ayant été moins accusée.

Quelques selles diarrhéiques encore, les coliques pourtant plus rares et plus légères.

Parfaite tolérance de l'asaprol.

On répète le lavage intestinal et l'on prescrit une potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 6 septembre, température rectale, 37°,2. Nuit précédente excellente. Rate réduite à ses dimensions normales. Langue nette. Soif éteinte. Les coliques plus espacées et fort amendées. Diarrhée beaucoup modifiée. Ventre flasque. Transpiration au cours de l'emploi du médicament.

Lavage intestinal avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 7 septembre, les accès n'ont plus reparu. Les selles, au nombre de deux par jour, ont presque tout à fait repris leur aspect normal. L'enfant tette bien et se tient gaie et tranquille.

Calomel, 10 centigrammes.

Le 11 septembre, l'enfant n'a plus éprouvé de coliques ni elle n'a plus eu d'accès. On suspend tout traitement.

Le 19 novembre, je revis l'enfant, qui se portait très bien, n'ayant plus eu la moindre manifestation de la malaria.

Observation III. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Nicolau, deux mois, présenté le 10 septembre 1894. Père alcoolique et syphilitique. Le deuxième enfant, le premier ayant succombé trente-huit jours après sa naissance, avec les manifestations les plus graves de la vérole congénitale. Enfant très peu développé, extrêmement maigre. Peau parcheminée et àpre. Alopécie. Nez violacé. Coryza. Tuméfaction des ganglions périphériques. Sarcocèle double. A partir de six jours, fièvre à type rémittent avec des oscillations fort variables. Diarrhée verte. Depuis quarante-huit heures, à la suite d'un refroidissement, apparition d'un œdème aux pieds, qui gagna progressivement les jambes, les cuisses et les bourses. La mère a fait remarquer que l'enfant donne des signes d'une assez vive souffrance aussitôt qu'on imprime le moindre mouvement à ses deux membres abdominaux.

On ne découvre pourtant aucun symptôme inflammatoire au niveau des grosses ou des petites jointures. Ventre ballonné. Rate tuméfiée. Langue sèche et chargée. Oligurie. Soif. Température rectale, 38°,5. Sommeil agité. Calomel, 25 centigrammes. Potion renfermant 1 gramme d'asaprol. Onctions avec de l'onguent napolitain.

Le 11 septembre, mieux. Nuit calme. Température rectale, 37°,4. Transpiration générale. Rate plus dégonflée. Œdème très réduit. Effet du calomel presque nul.

Calomel, 15 centigrammes. On répète la potion avec de l'asaprol.

Le 12 septembre, température rectale, 37°,2. Transpiration abondante sous l'action du médicament. Rate normale. Ventre flasque. Diurèse augmentée. Langue plus nette. Tette régulièrement. Sommeil très calme.

On suspend la potion asaprolée.

Le 15 septembre, la fièvre a reparu depuis la veille au soir. Température rectale, 37°,8. Agitation pendant la dernière nuit. La rate de nouveau tuméfiée. Selles lientériques. Sarcocèle notoirement amendé sous l'influence de l'onguent napolitain. On renouvelle la potion à l'asaprol.

Le 16 septembre, température rectale, 37 degrés. Nuit calme. Rate revenue à ses dimensions physiologiques. Plus de trace d'œdème. Mouvements indolents.

Le 17 septembre, la chaleur ne se releva plus. Peau humide. Diurèse régulière. Selles jaunâtres. L'enfant dort tranquillement toute la nuit. Sarcocèle presque éteint.

Le 20 octobre, l'enfant se trouvait très bien et presque entièrement hors des manifestations externes de sa vérole congénitale. Il resta après cela exclusivement soumis au traitement hydrargyrique.

Observation IV. *Hérédo-syphilis. Malaria. Bronchite.* — Joaquina, quatre mois, admise dans mon service le 14 août 1894. La dernière de six enfants, dont quatre déjà morts. Allaitement mixte. Coryza dès les premiers jours. Nez au teint jambonné. Alopécie. Pris de fièvre à partir de trois jours, laquelle suit un type rémittent avec des exacerbations nocturnes. Toux grasse, fréquente. Râles ronflants et muqueux disséminés dans les deux poumons. Rate gonflée. Selles diarrhéiques, grumeleuses, panachées et accompagnées de coliques. Langue pourvue d'une légère couche de saburre blanchâtre. Température rectale, 37°,6.

Asaprol à la dose de 50 centigrammes en potion.

Le 16 août, diminution des râles. Toux plus rare. Selles au nombre de trois, jaunâtres et moins grumeleuses. État saburral pas encore éteint. Râte encore augmentée. Température rectale, 37°,6. Même traitement.

Le 17 août, température rectale, 37°,4. Plus de fièvre dans la dernière nuit. Langue plus nette. Râles fort diminués. Diurèse augmentée.

On répète la potion à l'asaprol.

Le 18 août, température rectale, 37°,4. Toux presque nulle, toujours apyrétique. L'enfant reste calme et gai.

La potion est toujours administrée à la même dose du médicament.

Le 20 août, température rectale, 37°,2. Rate avec des dimensions normales. Râles presque entièrement éteints.

Asaprol à la même dose en potion.

Le 21 août, la fièvre ne se montre plus. Peau humide. Rien d'appréciable du côté du thorax.

On maintient l'administration du médicament.

Le 25 août, interruption du traitement depuis trente-six heures par l'effet de la négligence de l'infirmière. Les selles redevinrent un peu plus fluides et grumeleuses. Température rectale, 37°,6. Plus de traces de bronchite. Aussi pas de gonflement hépatique ni splénique.

Je fais reprendre l'emploi de la potion à l'asaprol.

Le 27 août, quelques selles encore diarrhéiques dues très probablement au lait qui a manqué d'être dûment stérilisé. Hors cela, tout va très bien. Plus d'élévation de la chaleur du corps.

Le 29 août, diarrhée éteinte. Bon appétit. Sommeil tranquille. Plus de symptômes bronchiques. Toujours la potion asaprolée.

Le 31 août, très rassurée devant les résultats déjà obtenus, l'infirmière suspend depuis quarante-huit heures l'emploi du médicament. En conséquence, on a vu la chaleur remonter à 39°,2, en même temps que le foie redevenir tuméfié. Aussi réapparition de la diarrhée. Léger état saburral. Je prescris une potion renfermant 1 gramme d'asaprol.

Le 3 septembre, la potion fut régulièrement administrée, ce qui amena l'abaissement de la chaleur, le dégonflement du foie, aussi bien que la cessation du flux diarrhéique. Ce résultat resta permanent, l'enfant étant soumis, par suite, au traitement arsénical. Au cours de l'administration de l'asaprol, la peau se couvrait de sueur et la diurèse augmentait.

Observation V. *Malaria.* — Alice, cinq mois, née à Rio,

amenée dans mon service le 29 septembre 1894. Allaitement mixte. Nutrition ralentie. Depuis deux jours, fièvre à type rémittent assez irrégulier, avec élévation plus marquée au cours de la nuit. Au moment de la visite, température rectale, 37°,6. Langue recouverte d'un enduit saburral à la base. Soif. Rate augmentée de volume. Ventre quelque peu ballonné. Diarrhée grumeleuse, verdâtre, fétide, très fréquente. Sommeil agité. Grognone.

Calomel, 25 centigrammes, suivi d'une potion avec 50 centigrammes d'asaprol.

Le 1er octobre, amélioration marquée. La fièvre a disparu, et c'est à peine s'il y a eu une légère élévation de la chaleur hier soir, alors que la potion de l'asaprol était épuisée dès l'après-midi. Diarrhée beaucoup amendée. Ventre flasque. Enfant plus calme. Sommeil plus prolongé. On répète la potion à l'asaprol.

Le 6 octobre, la température reste normale au cours de l'administration, mais elle se relève de quelques dixièmes au-dessus de la moyenne normale aussitôt l'interruption du médicament. La diarrhée presque complètement éteinte. La rate sensiblement réduite. L'enfant tette avec moins d'avidité et dort bien.

On poursuit quelques jours encore l'administration de l'asaprol, et tout rentre définitivement dans l'ordre sans que la fièvre eût reparu.

Observation VI. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Laudelino, âgé de six mois, né à Rio, admis dans mon service le 27 août 1894. Organisation faible, rachitisme. Stigmates de la vérole congénitale. Fièvre depuis une semaine. État saburral. Anorexie. Ventre ballonné. Rate tuméfiée. Diarrhée bilieuse d'une extrême fétidité. La fièvre a suivi un type rémittent assez irrégulier. Insomnie.

Calomel, suivi d'une potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 29 août, amélioration. Apyrexie au moment de la visite. État saburral moins accusé. Rate encore gonflée. On maintient la potion à l'asaprol.

Le 30 août, meilleur appétit. Langue plus nette. Diarrhée amendée. Apyrexie. Toux. Quelques râles ronflants.

On répète l'asaprol à la même dose.

Le 31 août, la potion nouvellement prescrite n'ayant pu être administrée hier avant l'après-midi, l'enfant fut pris, vers 4 heures, d'un léger accès de fièvre. Aussitôt qu'on la renouvela, la chaleur fébrile s'abaissa graduellement à la normale. Rate encore augmentée de volume. Quelques selles diarrhéiques précédées de coliques.

On insiste sur l'emploi de l'asaprol en potion.

Le 1er septembre, température rectale, 37°,4. Langue plus nette. Rate plus réduite. Quelques coliques dans la nuit. Diarrhée très atténuée. Râles ronflants en plus grand nombre.

Toujours la potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 3 septembre, amélioration marquée. L'administration de la potion ne cessa d'être faite au cours des deux derniers jours. Rate dégonflée. Les coliques cessèrent en même temps que la diarrhée. Langue nette. Appétit plus accusé.

On répète la potion asaprolée, à laquelle on ajoute une autre avec de l'extrait de noix de kola.

Le 10 septembre, la fièvre n'a plus reparu. Plus de traces de la bronchite. L'enfant se trouve très bien. On le soumet désormais à un traitement arsenical.

Observation VII. *Broncho-pneumonie. Malaria.* — Adolphe, six mois, né à Rio, amené au service le 4 septembre 1894. Le seul enfant issu de parents faibles. Allaitement mixte. Troubles digestifs fréquents. Toux, agitation, insomnie, fièvre et diarrhée depuis plus d'une semaine. Peau sèche. Température rectale, 40°,2. Langue sèche et chargée. Soif. Inappétence. Ventre ballonné. Foie et rate engorgés. Des râles ronflants épars de deux côtés. Souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Matité à la partie inférieure de la paroi postérieure du thorax.

Potion avec 3 grammes d'asaprol. Révulsif sur le thorax.

Le 5 septembre, température rectale, 40 degrés à l'occasion

de la visite ; vers 6 heures du matin, celle-ci avait pourtant baissé à 39 degrés. Langue plus nette et plus humide. Pas de modification appréciable du côté du thorax.

Asaprol, 3 grammes en potion.

Badigeonnage de teinture d'iode.

Le 6 septembre, température rectale, 40 degrés. Peau baignée de sueur. Les râles amendés. Souffle moins intense. Matité moins accusée. Agitation. Insomnie. Rate moins tuméfiée. Foie augmenté. On répète l'asaprol à la même dose. Grog. Calomel. Badigeonnage.

Le 7 septembre, température rectale, 39 degrés. R. 44. Foie plus réduit.

Langue nette. Toux plus fréquente. Pluie de râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon gauche. Quelques selles diarrhéiques. Oligurie.

Potion avec 3 grammes d'asaprol. Ipéca. Grog. Révulsif.

Le 8 septembre, l'ipéca n'a point réussi. Mêmes conditions.

La dose de l'asaprol épuisée n'a pas dépassé 2 grammes. Je substitue à l'asaprol de l'antipyrine à la dose de 1 gramme, et je prescris de plus une potion avec de la caféine et de l'alcool.

Le 9 septembre, la chaleur fébrile, après avoir baissé de 1 degré sous l'action de l'antipyrine, se relève vers le moment de la visite. Ventre ballonné. Constipation. Mêmes conditions du côté de l'appareil respiratoire.

Calomel, 35 centigrammes. Potion avec 1 gramme d'antipyrine.

Le 10 septembre, température rectale, 39 degrés. Même situation. La courbe thermique ne subit guère une modification marquée par l'effet de l'administration suivie de l'antipyrine, pas plus que sous l'influence de l'asaprol.

Potion avec 1 gramme de quinine et 50 centigrammes d'antipyrine.

Le 11 septembre, température rectale, 38°,5. Râles sibilants et ronflants disséminés de deux côtés. Toux répétée.

On répète la potion précédente.

Le 12 septembre, température rectale, 39 degrés. Les râles fins ont envahi tout le poumon gauche et la base du poumon droit. Souffle plus notoire à gauche. Tirage sus et sous-sternal. Hyposystolie. Abattement. Peau sèche. Foie tuméfié. Constipation.

Je conseille la reprise de la quinine, à laquelle j'ajoute l'emploi de la caféine, mais l'enfant n'est plus ramené.

Observation VIII. *Hérédo-syphilis. Malaria aiguë. Bronchite.* — Iria, dix mois, née à Rio, présentée le 5 septembre 1894. Cette fillette, portant des traces caractéristiques de la vérole congénitale, avait été prise, depuis dix jours, d'une fièvre à marche irrégulière accompagnée de toux grasse et de diarrhée. Elle se trouvait quelque peu abattue, dormait mal, et avait perdu l'appétit. Foie et rate gonflés. Langue chargée. Râles bronchitiques des deux côtés. La diarrhée plus marquée pendant les derniers jours. Température rectale, 39°,8.

Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 6 septembre, température rectale, 39°,8. État saburral encore accusé. Diarrhée amendée. Rate plus réduite. Les phénomènes bronchitiques plus marqués. Nuit mauvaise, insomnie, des gémissements.

Ipéca. Potion avec 3 grammes d'asaprol.

Le 7 septembre, température rectale, 37°,5. Effet très satisfaisant de l'ipéca. Râles presque entièrement éteints. Peau humide. Langue plus nette. Foie et rate dégonflés. Diarrhée presque nulle. Sommeil assez calme pendant la dernière nuit.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 8 septembre, amélioration marquée. Température normale.

On répète l'emploi de l'asaprol à la même dose.

Le 12 septembre, toujours bien. La température se maintient à la normale. L'enfant très animée et gaie. Foie et rate réduits à leurs dimensions normales. Langue entièrement nette. Bon appétit. Selles normales. La bronchite éteinte.

On la soumet désormais au traitement antisyphilitique, et

depuis lors jusqu'à la fin du mois de novembre suivant, on n'a plus vu apparaître aucune manifestation de malaria.

Observation IX. *Malaria. Hérédo-syphilis.* — Alfred, âgé d'un an, né à Rio et amené dans mon service le 6 octobre 1894. Père syphilitique. Allaitement mixte. Dentition vers le neuvième mois. Marche au dixième mois. Croûtes au cuir chevelu. Coryza. Coloration jambonnée du lobule nasal. Adénopathie cervicale, préépitrochléenne et inguinale. A partir de quinze jours, toux grasse suivie, les cinq derniers jours, de fièvre à type rémittent irrégulier, avec des exacerbations vespérales sans être précédées de refroidissement ni suivis de transpiration. Langue chargée. Perte de l'appétit. Constipation. Le foie et la rate tuméfiés. Dans la nuit, insomnie, agitation, des plaintes et des gémissements. Prostration.

Je lui prescris une potion journalière renfermant 1gr,50 d'asaprol.

Le 8 octobre, la chaleur fébrile s'amenda graduellement pour se maintenir, depuis la veille, à la normale. Peau humide. Langue plus nette. Ventre flasque. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. L'appétit commence à renaître. Le sommeil déjà assez calme et prolongé.

On répète la potion à l'asaprol et, à partir du lendemain, on ne constate plus rien d'anormal.

Observation X. *Bronchite. Malaria.* — Arthur, âgé d'un an, né à Rio, admis dans mon service le 24 août 1894. Rachitisme crânien. Alopécie. Polyadénite cervicale et inguinale.

Depuis un mois, toux sèche, opiniâtre. Fièvre à marche irrégulière avec exacerbations nocturnes. Six à sept selles jaunes, abondantes et fétides. État saburral. Inspiration légèrement soufflante aux deux sommets. Quelques râles sous-crépitants disséminés.

Température rectale, 39 degrés. Antipyrine, 1 gramme dans une potion. Calomel.

Le 31 août, température rectale, 38°,8. Mêmes conditions. Asaprol, 2 grammes en potion.

Le 1er septembre, sommeil calme. Toux beaucoup diminuée. Inspiration moins soufflante. Cessation de la diarrhée. On maintient la potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 3 septembre, souffle presque nul. Sonorité thoracique presque normale. Plus d'appétit. Toujours apyrétique.

J'ordonnai le maintien de la potion, et la fièvre n'a plus reparu.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Pédiatrie (1);

Par le docteur Variot, médecin des hôpitaux.

La médecine infantile a pris, depuis longtemps, une place à part parmi les sciences médicales, et tout en restant attachée par des liens étroits et nombreux à la médecine générale, elle n'en a pas moins son individualité bien déterminée, ses caractères particuliers. On peut dire que la médecine infantile est la plus vaste et probablement la plus importante de toutes les spécialités, car elle a pour but l'étude de l'enfant malade, de tous les organes de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Sans doute quelques esprits paradoxaux peuvent soutenir encore que presque toutes les maladies de l'enfance ne sont que de simples variétés des mêmes maladies observées chez l'adulte, et qu'il serait difficile de citer une seule maladie, chez les enfants, dont on ne retrouverait, tout au moins,

(1) Nous reproduisons ici la préface écrite par M. Variot pour le très important *Traité des maladies des enfants*, de James Goodhart, traduit de l'anglais par MM. Variot et Follenfant. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

quelques exèmples ou quelques vestiges dans un âge plus avancé.

Les gastro-entérites de la première enfance, la syphilis héréditaire n'ont-elles pas des rapports évidents avec les mêmes affections chez l'adulte? La rougeole, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, plus communs, il est vrai, chez l'enfant, ne se montrent-ils pas aussi lorsque la croissance est achevée?

Mais laissons là ces subtilités, ces sophismes plus ou moins ingénieux, restons sur le terrain pratique, et nous reconnaîtrons bien vite que la médecine infantile a son domaine propre, plus étendu, il est vrai, que celui des autres spécialités médicales.

Transportez un médecin très exercé dans l'examen des malades adultes, très versé dans la thérapeutique qui convient aux affections de cet âge, dans une salle de jeunes enfants peuplée principalement par les gastro-entérites liées à la mauvaise alimentation, par le rachitisme, par la syphilis héréditaire, etc.; ce médecin se trouvera tout dépaysé ; il sera privé des renseignements directs fournis par les adultes sur le début, sur la cause, sur l'évolution de la maladie dont ils souffrent ; il sera embarrassé aussi bien par la constatation des symptômes nouveaux pour lui, que par les difficultés de l'exploration des organes.

J'ai entendu jadis l'un de mes maîtres les plus éminents, dont les travaux sur l'auscultation ont une autorité légitime, exprimer son étonnement sur les différences profondes qu'il notait entre les signes fournis par l'auscultation chez les enfants et chez les adultes.

Mais, pour mieux établir encore la distinction, je ne dis pas la séparation complète, de la pédiatrie d'avec la médecine générale, comparons la population et le mode de fonctionnement de nos hôpitaux d'adultes et de nos hôpitaux d'enfants.

Dans nos hôpitaux généraux, les salles sont communes, on y trouve indistinctement mêlés des tuberculeux, des rhumatisants, des pneumoniques, des pleurétiques, des typhiques, des syphilitiques, des saturnins, des alcooliques, des emphysémateux, des athéromateux, des hémiplégiques, des anémiques, des ataxiques, etc. Telle est actuellement la population d'une de mes salles de l'hôpital Hérold.

Pour les adultes, à Paris nous n'avons qu'un hôpital d'isolement destiné à la variole, dans lequel quelques salles sont réservées à la scarlatine, à la rougeole, à la diphtérie et à l'érysipèle. Au mois d'août de cette année, cet hôpital contenait moins de 100 malades pour une population de près de 3 000 000 d'habitants.

Par contre, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous trouvons des pavillons ou des salles d'isolement pour la diphtérie, pour la rougeole, pour la scarlatine, pour la coqueluche, pour l'ophtalmie purulente, et une section de teigneux.

Nous avons, en outre, une section pour les nourrissons élevés au biberon, des services généraux de médecine et de chirurgie, etc.

Sans doute, cette accumulation dans la même enceinte de plus de 400 enfants malades, atteints les uns d'affections contagieuses, les autres d'affections non contagieuses, est blâmable, et il est à désirer qu'on décentralise bientôt nos vieux hôpitaux d'enfants dans lesquels la mortalité par contagion intérieure est encore très élevée. Mais de cette vue générale sur la population hospitalière, nous n'en sommes pas moins autorisés à conclure que les maladies qui sévissent dans l'enfance sont au moins rares dans l'âge adulte, si elles ne sont pas radicalement différentes.

Je voudrais spécifier maintenant quelques caractères très généraux des maladies de la première et de la seconde enfance.

Dans la première enfance, dont les limites peuvent être reculées jusqu'à deux ans environ, époque à laquelle la première dentition est à peu près achevée, les maladies graves les plus fréquentes semblent en rapport avec des conditions étiologiques assez simples et peu nombreuses.

Les inflammations du tube digestif, aussi bien les plus bénignes, telles que les diarrhées catarrhales aiguës, que les plus redoutables, telles que la diarrhée chronique, l'athrepsie et le choléra infantile lui-même, ont pour cause habituelle des fautes contre l'hygiène alimentaire de l'enfant.

Dans les six premiers mois de la vie, la croissance de l'enfant s'effectue avec une extrême activité.

Son poids augmente en moyenne de 20 à 30 grammes par jour, et l'on admet qu'après six mois le poids total d'un enfant doit être double de ce qu'il était au moment de la naissance. Pour suffire à cet accroissement nutritif si rapide, si intense des tissus et des organes, il faut que le tube digestif fonctionne avec une activité proportionnée. Eu égard à sa masse, un jeune enfant consomme beaucoup plus d'aliments qu'un adulte. Un homme qui pèse 60 kilogrammes peut vivre avec 3 à 4 litres de lait; un enfant du poids de 6 kilogrammes a besoin de 1 litre de lait au moins.

L'activité des fonctions digestives semble donc être, chez le jeune enfant, double ou triple de ce qu'elle est chez l'adulte. Dans le premier âge, la vie végétative est absolument prédominante; quand on observe un nourrisson, on voit que toutes ses forces instinctives le poussent à téter, il n'est vraiment calme que lorsqu'il est repu, et il sait bien par ses cris et son agitation rappeler le moment des tétées, si les nourrices l'ont par hasard oublié.

Il n'y a donc pas lieu d'être surpris que les organes digestifs dont les fonctions sont exaltées, pour ainsi dire, dans le jeune âge, soient susceptibles d'éprouver des perturbations très nombreuses et très graves. Dans une machine, le

levier qui supporte les plus lourdes charges se fausse le plus facilement. Dans un organisme, l'organe le plus surmené est plus exposé aux altérations morbides.

Si tous les enfants qui naissent sains pouvaient être allaités régulièrement au sein par leurs mères, les troubles des fonctions intestinales seraient rares, comme nous le voyons pour les nourrissons qui ont de bonnes nourrices. Mais, pour des raisons de tout genre, qui touchent surtout à l'état social, un très grand nombre d'enfants sont soumis à l'allaitement artificiel. Le lait fourni ainsi à l'enfant est insuffisant comme qualité et même comme quantité dans la classe populaire; les biberons sont ou mal faits ou malpropres; enfin, la déplorable habitude de donner, dès les premiers mois, des bouillies amylacées aux enfants qui reçoivent du mauvais lait vient aggraver le mal.

Je ne doute guère que l'origine de la plupart des gastro-entérites aiguës ou chroniques, qui produisent une si grande mortalité dans le premier âge, ne se rattache à une sorte d'empoisonnement par le lait altéré ou par les substances fermentescibles qui sont ingérées.

Certains auteurs prétendent même avoir isolé des toxines dans le lait de mauvaise qualité.

Une preuve indirecte de la justesse de l'hypothèse des intoxications gastro-intestinales, chez les jeunes enfants, nous est fournie par l'introduction du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel. Le plus grand nombre des observateurs qui ont expérimenté le lait stérilisé ont reconnu que son emploi méthodique prévient presque aussi sûrement les accidents intestinaux que l'allaitement au sein. Je crois pouvoir apporter mon témoignage personnel dans cette question si importante.

Au dispensaire de Belleville pour enfants malades, j'ai fait distribuer, en quelques mois, plus de 16000 litres de lait stérilisé de bonne qualité à des enfants allaités antérieu-

rement avec du lait à cinq sous le litre, coupé de mixtures malsaines. Un grand nombre de ces enfants souffraient de diarrhées plus ou moins graves, de vomissements; tous ces accidents disparaissaient en général lorsque le lait ordinaire était remplacé par le lait stérilisé. En quelques jours, des enfants, menacés d'athrepsie, reprenaient une apparence satisfaisante, comme s'ils avaient été placés au sein d'une bonne nourrice.

La stérilisation du lait est, à mon sens, une des plus brillantes applications pratiques de la doctrine microbienne; elle constitue un immense progrès pour l'allaitement artificiel des enfants des grandes villes particulièrement.

Le lait est un produit éminemment altérable et fermentescible; la stérilisation soigneusement faite permet sa conservation presque indéfinie et, par suite, son transport facile dans les grands centres de population.

Il est à espérer que, dans un pays, comme le nôtre, où la dépopulation est menaçante, les pouvoirs publics, reconnaissant la valeur sociale de la découverte du lait stérilisé, prendront les mesures nécessaires pour en propager l'usage dans la classe nécessiteuse, dont les enfants meurent en grand nombre, faute d'une première alimentation convenable.

Immédiatement après les maladies du tube digestif, souvent si graves chez les jeunes enfants, il convient de placer les lésions rachitiques du squelette dont la fréquence est extrême. Si l'on élimine les cas exceptionnels de rachitisme héréditaire, et le pseudo-rachitisme de la syphilis héréditaire, on remarque tout de suite que les manifestations rachitiques coïncident habituellement avec des troubles des fonctions gastro-intestinales.

Presque tous les enfants rachitiques n'ont pas reçu une alimentation convenable ou n'ont pas été placés dans de bonnes conditions d'hygiène générale.

On a rendu de jeunes animaux rachitiques en leur faisant ingérer des substances amylacées au lieu de lait, et ce n'est pas aller trop loin que d'affirmer qu'on peut rendre à volonté un enfant rachitique en le gavant de bouillies farineuses.

Les adultes, on le sait, absorbent l'amidon après qu'il a été transformé en glycose par le travail de la digestion ; chez l'enfant, les ferments fournis par les diverses glandes de l'appareil digestif sont impuissants à opérer cette modification, et nous devons accepter comme un fait d'expérience, que le sucre de lait, la lactose, doit être fourni en nature, lorsque les organes glandulaires sont encore incomplètement développés. Si les manifestations du rachitisme se réduisent à des tuméfactions épiphysaires, elles cèdent sans laisser de déformation à mesure que l'enfant grandit, que ses organes digestifs se perfectionnent ; mais les incurvations des os longs, les difformités thoraciques persistantes ne sont pas rares. De plus, dans ces dernières années, la relation des accidents convulsifs divers avec le rachitisme a été bien établie, et certains troubles, plus ou moins importants, imputés jadis à la dentition, doivent plutôt être considérés comme liés au rachitisme.

En somme, le rachitisme est une maladie *évitable*, comme le dit fort bien M. Goodhart, et, à ce point de vue, il mérite d'être rapproché des gastro-entérites du premier âge, avec lesquelles il a les connexités les plus étroites.

On voit donc que le plus grand nombre des jeunes enfants sont atteints d'affections acquises ; l'immense classe des gastro-entérites et du rachitisme spécialement le prouve.

Le mal vient de ce que ces enfants n'ont pas été placés dans de bonnes conditions de milieu physiologique ; le tube digestif a reçu des aliments malsains ou nuisibles, et l'organisme a réagi ; la nutrition générale a souffert.

Mais, à côté de ces maladies acquises, il faut faire une

place aux tares héréditaires; à cet égard, la syphilis et la tuberculose doivent être rangées au premier plan.

Parrot, reprenant une idée autrefois émise par Rosenstein, avait voulu englober dans un même groupe morbide le rachitisme et la syphilis héréditaire. Avec son puissant esprit systématique, il avait laborieusement accumulé un grand nombre d'arguments et de preuves plus ou moins vraisemblables pour étayer cette théorie. Mais les faits contradictoires ont surgi de toutes parts, et la ruine de cette hypothèse savamment édifiée montre bien que nous ne sommes plus à l'époque des systèmes dans lesquels le raisonnement se substitue à tort à l'observation rigoureuse des faits.

Le rachitisme est une maladie d'alimentation ; là syphilis est une affection héréditaire transmise par les générateurs. Le syphilitique peut être rachitique en même temps ; mais le rachitique n'est nullement syphilitique, parce qu'il présente des lésions du squelette.

Les manifestations bien connues de la syphilis héréditaire sont habituellement très précoces; elles apparaissent généralement dans les deux premiers mois qui suivent la naissance.

Cependant il arrive que des enfants de belle apparence présentent des accidents syphilitiques seulement vers le troisième, le quatrième mois et même plus tard.

Ce retard dans les manifestations de cette maladie héréditaire, transmissible, doit être pris en sérieuse considération lorsqu'on confie un enfant allaité au sein à une nourrice étrangère.

Si nous envisageons maintenant la tuberculose du premier âge, nous sommes obligés de reconnaître que l'hérédité tuberculeuse n'est pas aussi éclatante que l'hérédité syphilitique.

On discute encore sur la question de savoir si le bacille

spécifique peut être transmis directement de la mère à l'enfant, et l'on peut soutenir, à la rigueur, que l'on naît seulement avec des aptitudes, des prédispositions à la tuberculose, tandis qu'on naît vraiment syphilitique. Cependant, sans être affirmatif sur un sujet aussi délicat, on ne peut méconnaître qu'un très grand nombre de jeunes enfants sont atteints de tuberculoses locales dès les premiers mois de la vie.

Ce sont des spina ventosa, des abcès froids, osseux ou cutanés, ces derniers très nombreux et disséminés, des adénopathies caséeuses et suppurées, des écoulements d'oreille tenaces, etc.

Presque toujours, lorsqu'on s'enquiert soigneusement de l'état de santé des parents, on apprend qu'ils sont tuberculeux à un degré plus ou moins avancé.

J'ai rencontré plusieurs fois, à la consultation externe, des mères phtisiques apportant des bébés couverts d'abcès froids, ou dont le cou était gonflé par des adénopathies suppurées, comme dans la scrofulo-tuberculose tardive. Dans d'autres circonstances, si la mère semblait saine, j'apprenais que le père était atteint de bronchite et crachait du sang.

Sans doute la tuberculose dans le premier âge peut être acquise comme chez l'adulte ; mais, d'après mon expérience clinique personnelle, j'admets que, le plus souvent, l'hérédité doit être mise en cause, soit qu'elle s'exerce d'une manière directe, soit, au contraire, qu'elle agisse en créant une débilité générale, un abaissement de la nutrition, existant même pendant le développement fœtal et continuant après la naissance de l'enfant.

A côté de ces diverses maladies du premier âge, qui forment le contingent le plus important de la morbidité infantile, je signalerai les lésions congénitales appréciables dès la naissance. Quelques-unes de ces lésions engendrent des maladies permanentes; tels sont les malformations du cœur,

les rétrécissements de l'artère pulmonaire avec perforation de la cloison ventriculaire ou auriculaire. Les malformations du tube digestif, les rétrécissements de l'intestin, les valvules anormales, l'imperforation de l'anus, etc., ne sont pas très exceptionnels.

Mais plus souvent ces malformations ne sont que de simples monstruosités extérieures ; tels le bec de lièvre, la bifidité de la luette, l'hémimélie, les difformités des doigts, les taches pigmentaires, les nævi vasculaires, les tumeurs érectiles, etc.

Toutes ces malformations sont extrêmement intéressantes à connaître, et leur étude approfondie est plutôt du ressort de l'embryologie et de la tératologie.

La pédiatrie, comme je l'ai déjà avancé, tout en ayant son domaine propre, se trouve forcément en connexion avec les autres branches des sciences médicales.

La seconde enfance est l'époque de prédilection pour les maladies infectieuses; sans doute l'apparition de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche peut être avancée, de même qu'elle peut être retardée; ces maladies atteignent parfois les enfants très jeunes et elles n'épargnent pas absolument les adultes, mais le plus habituellement elles sévissent dans la seconde enfance.

Ces maladies, dont un caractère essentiel est la contagiosité, ne sont pas absolument inévitables. Un enfant, par exemple, n'aura pas la coqueluche ni la diphtérie, mais il aura présenté successivement la rougeole, les oreillons, la scarlatine et peut-être la fièvre typhoïde. Il serait bien difficile, je crois, de citer un seul enfant qui devienne un adulte en restant absolument indemne de la contagion. L'enfance, on l'a dit très justement, constitue un terrain vierge sur lequel toutes les semences de maladies germent et se développent avec une extrême facilité. Il est exceptionnel qu'un enfant, soit dans sa famille, soit dans les écoles, soit ail-

leurs, ne soit pas exposé, un jour ou l'autre, à recevoir des germes morbides. On voit quelquefois, surtout dans les milieux hospitaliers, plusieurs infections évoluer simultanément sur le même sujet; la contemporanéité de la rougeole, de la scarlatine et de la diphtérie a été notée maintes fois, tant est grande la réceptivité de l'enfance pour les maladies contagieuses. Fort heureusement une première atteinte de ces infections confère, en général, une immunité durable ; l'enfant qui a eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche n'est que bien peu exposé à contracter de nouveau ces maladies; il est en quelque sorte vacciné et bravera impunément la contagion. Il n'en est pas de même pour la diphtérie.

La doctrine microbienne, qui domine actuellement dans la médecine générale aussi bien que dans la pédiatrie, nous a fourni la preuve incontestable de la nature vivante de certains contages. Depuis que Pasteur a démontré que le charbon du bétail était dû à la bactéridie charbonneuse, Koch a découvert le bacille de la tuberculose ; Lœffler, celui de la diphtérie, etc.; n'oublions pas, d'ailleurs, que le caractère parasitaire du muguet et de la teigne était connu depuis longtemps. Le *tricophyton tonsurans* et l'*oïdium albicans* sont des champignons microscopiques bien plus faciles à déceler que les microbes pathogènes étudiés plus tard.

Nous avons donc maintenant une tendance invincible à considérer les germes des maladies contagieuses comme animés, à généraliser les premières observations positives faites par les bactériologistes.

Toutefois, il ne serait pas scientifique de considérer comme une certitude absolue ce qui, jusqu'à présent, n'est qu'une hypothèse extrêmement probable. Nous ignorons encore la nature exacte des germes du plus grand nombre des maladies infectieuses de l'enfance dont la contagion est néanmoins évidente.

Aucun bactériologiste n'est parvenu à isoler les microorganismes que nous supposons devoir exister dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la coqueluche, dans les oreillons et même dans la variole et la varicelle, qui sont des maladies inoculables. On discute vivement sur la spécificité des bacilles typhiques.

Gardons-nous des excès systématiques qui suivent toutes les grandes découvertes médicales. La démonstration de la circulation du sang a créé l'école iatro-mécanicienne ; la chimie a dominé à son tour dans notre art, avec les iatrochimistes ; toutes les fonctions de l'organisme étaient assimilées à des réactions, à des fermentations, à des combinaisons, etc. La théorie cellulaire a régné en maîtresse pendant toute la première moitié de ce siècle, grâce aux admirables travaux de Bichat et de Virchow.

Les découvertes de Pasteur ont donné naissance à une science toute nouvelle, la bactériologie ; un immense courant entraîne les médecins dans cette direction, et les imitateurs du maître, renchérissant sur ses idées et ses travaux, s'ingénient à tout expliquer par la doctrine microbienne.

Quelle est la maladie, aiguë ou chronique, contagieuse ou non, dans laquelle on n'ait pas cru pouvoir faire intervenir quelque microbe ?

Or, comme il est beaucoup plus facile, dans cet ordre d'idées, de supposer, d'affirmer gratuitement, que de démontrer que le nombre des germes hypothétiques proposés est incalculable, l'imagination s'est donnée libre carrière et, dans l'un de nos traités de bactériologie les plus estimés, on voit la représentation figurée des microbes de la rougeole, de la scarlatine, etc., qui n'est rien moins que réelle.

La meilleure preuve qu'il reste encore bien des parties à explorer dans le champ de la bactériologie, c'est, je le répète, l'ignorance où nous sommes encore sur la nature des germes des maladies de l'enfance contagieuses entre toutes,

telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, la variole, la varicelle, etc.

La doctrine microbienne, en précisant nos idées sur la nature des virus, des contages, des germes morbides, a beaucoup perfectionné la prophylaxie, les moyens de préservation contre les diverses infections, et spécialement l'hygiène hospitalière de l'enfance. L'antisepsie chirurgicale ou listérienne, qui a révolutionné la chirurgie opératoire, s'appuie sur les premiers travaux théoriques de Pasteur.

L'antisepsie médicale, qui a la même origine, n'a pas encore donné des résultats aussi complets que l'antisepsie chirurgicale, parce qu'elle doit combattre des germes plus variés, plus insaisissables que ceux qui pullulent dans les plaies ; les méthodes techniques de destruction des germes médicaux sont forcément plus compliquées que les procédés dont se contentent les chirurgiens.

Cependant l'emploi de l'eau bouillante, des vapeurs, des solutions antiseptiques pour la désinfection des objets, du linge ayant appartenu à des malades contagieux, pour la désinfection des chambres, des salles habitées par ces mêmes malades, a déjà beaucoup contribué à limiter les ravages de la contagion.

On a imaginé des appareils, des étuves, dans lesquels tous les germes morbides sont détruits par une température élevée. Les étuves du système Geneste et Herscher sont adoptées maintenant avec grand profit pour les services publics de désinfection de la ville de Paris.

On a fait remarquer très justement que la bénignité de l'épidémie de choléra asiatique, qui a sévi sur les enfants et les adultes à Paris, en 1892, avait coïncidé avec l'installation et le fonctionnement de ce service de désinfection. Des équipes de désinfecteurs se transportaient à domicile, dans les logements infectés et insalubres, et procédaient à des lavages avec des solutions antiseptiques pendant que les

objets de literie étaient passés à l'étuve. A l'hôpital des Enfants assistés de Paris, la diphtérie se propageait avec une rapidité dangereuse, il y a quelques années ; le chiffre de la mortalité par cette maladie a baissé sensiblement dans l'hôpital, depuis qu'on a aménagé une grande étuve à désinfection et isolé de bonne heure les angines suspectes.

Toutes ces notions sur l'antisepsie médicale ont fait mieux comprendre que par le passé la nécessité d'un isolement rigoureux dans l'hygiène hospitalière des enfants. Jusqu'en 1885, la diphtérie était seule isolée et pourvue de pavillons spéciaux dans nos hôpitaux d'enfants de Paris ; aussi la promiscuité des malades contagieux et non contagieux, dans les salles communes, avait les plus déplorables effets : de pauvres enfants, entrant pour des affections légères ou chroniques, contractaient des maladies infectieuses qui les emportaient trop souvent. Depuis cette époque, on a fait quelques efforts dans nos hôpitaux pour pratiquer l'isolement ; mais notre système d'hospitalisation actuel est encore bien imparfait, car on s'obstine à vouloir utiliser de vieux bâtiments qui ne correspondent plus au besoin de l'hygiène hospitalière moderne.

Il faut absolument décentraliser nos anciens hôpitaux dont la population est par trop nombreuse, et construire de nouveaux établissements dans lesquels les services de la consultation externe prendront un grand développement, et l'isolement des maladies contagieuses sera assuré d'une manière très rigoureuse dans des pavillons spéciaux, espacés, et avec un personnel indépendant.

Les Anglais nous ont précédés dans cette voie progressive depuis longtemps, pour ces perfectionnements hospitaliers ; ils ont créé des hôpitaux infectieux où chaque maladie contagieuse est soigneusement isolée dans des pavillons particuliers, et quand ils conservent dans leurs hôpitaux d'enfants des malades contagieux, l'indépendance des locaux

est telle, que la contagion intérieure est exceptionnelle.

Après avoir visité et étudié les hôpitaux de Londres, j'ai proposé, à Paris, dès 1889, la création d'hôpitaux-dispensaires pour enfants, sur le type des hôpitaux anglais, et le moment n'est peut-être pas éloigné où cette réforme hospitalière urgente sera exécutée.

On peut donc espérer que, par une heureuse association de l'antisepsie médicale et de l'isolement dans nos hôpitaux d'enfants de Paris, la contagion intérieure sera réduite au minimum.

Mais ce n'est pas seulement dans l'hygiène hospitalière que l'antisepsie médicale a inspiré des mesures prophylactiques efficaces. J'ai déjà signalé les immenses avantages de la stérilisation du lait dans l'allaitement artificiel; la stérilisation est produite par la destruction des germes morbides qui pullulent si aisément dans ce liquide fermentescible comme dans un bouillon de culture. D'autre part, l'étude des microorganismes contenus dans l'eau potable et surtout les statistiques comparées de la fièvre typhoïde à Paris, pendant la consommation de l'eau de source et de l'eau de Seine, ont démontré que cette infection est d'origine hydrique. Le moyen le plus sûr de prévenir le développement de la fièvre typhoïde est d'épurer l'eau potable, de la purifier, de la débarrasser des germes typhiques, soit par une filtration complète, soit encore par l'ébullition. Ces deux exemples prouvent amplement l'utilité prophylactique de l'antisepsie médicale.

Là ne se bornent pas les progrès dont la pédiatrie est redevable à la bactériologie. Tout récemment, une grande découverte vient d'être faite dans le traitement de la diphtérie ; je veux parler de l'antitoxine de Behring, que Roux a fait connaître aux médecins français.

Cette découverte a été préparée par les premières recherches de Pasteur sur l'atténuation des virus. Les cultures atté-

nuées de la bactéridie charbonneuse sont un excellent vaccin contre le charbon du bétail et confèrent une immunité durable ; la moelle épinière de lapin mort de la rage, desséchée dans certaines conditions, est un remède efficace contre cette terrible maladie.

Ce mode de vaccination, qui consiste à employer le virus atténué d'une maladie pour immuniser les animaux contre cette même maladie, semble différent de la vaccine jennerienne ; car, en inoculant la vaccine, on inocule une affection légère, le cow-pox, distincte de la variole, mais dont le pouvoir immunisant contre la variole est incontestable. Cependant, si les tendances actuelles des médecins allemands et anglais à admettre l'identité du virus variolique et du virus vaccinal étaient confirmées par les faits, il faudrait reconnaître que l'inoculation de la vaccine ne serait que l'inoculation de la variole modifiée et atténuée par son passage sur les animaux ; la vaccine de Jenner deviendrait un exemple particulier des vaccinations pastoriennes.

La tentative de Koch, pour traiter la tuberculose par la tuberculine, n'a pas été heureuse. Néanmoins, la toxine produite par le bacille tuberculeux a une action évidente, sinon curative, sur les lésions tuberculeuses.

Les vétérinaires ont conservé la lymphe de Koch comme procédé de diagnostic de la tuberculose du bétail ; tout animal ayant des lésions tuberculeuses latentes présente une élévation thermique après une injection de lymphe de Koch. Peut-être la tuberculine nous fournira-t-elle, un jour, un vaccin contre la tuberculose ?

Behring, par un moyen détourné, est arrivé à utiliser, d'une manière remarquable, les toxines fournies par le bacille de la diphtérie décrit par Lœffler ; ces toxines avaient été isolées par Roux.

Il injecta à des animaux des cultures atténuées de bacilles de Lœffler ou des toxines de ce même bacille, et il observa

qu'au bout d'un certain temps le sérum de ces animaux jouissait de propriétés antitoxiques contre les poisons de la diphtérie. Il vérifia d'abord ces propriétés antitoxiques du sérum des animaux ainsi immunisés, sur d'autres animaux auxquels on injectait des doses mortelles de toxine diphtérique et qui résistaient grâce à l'injection préalable de l'antitoxine.

Dès le mois de mai 1893, il publiait ses premières statistiques du traitement de la diphtérie par l'antitoxine, en collaboration avec Ehrlich, Wassermann, etc.

La mortalité de la diphtérie était abaissée de plus de moitié.

Cette grande découverte de l'antitoxine ne fut pas appréciée immédiatement comme elle méritait de l'être ; M. Roux, en contrôlant le travail de Behring à l'Institut Pasteur et en expérimentant l'antitoxine sur plus de quatre cents diphtériques à l'hôpital des Enfants malades de Paris, a levé tous les doutes sur la valeur de cette médication et l'a fait accepter par tous les médecins de France et de l'étranger. L'antitoxine de la diphtérie donne maintenant des résultats favorables à Berlin, à Vienne, à Londres, à Paris ; elle est désormais entrée dans la thérapeutique infantile.

Cette substance est d'autant plus précieuse qu'elle jouit de propriétés immunisantes transitoires, il est vrai, mais qui suffiront à garantir les personnes qui entourent un diphtérique pendant l'évolution de la maladie.

Le traitement de la diphtérie avec les solutions antiseptiques, les badigeonnages répétés, etc., n'avait donné que des résultats incomplets ; l'efficacité de l'antitoxine de Behring paraît incomparablement supérieure à l'action des médicaments externes et internes sans nombre, qui ont été proposés, de tout temps, contre cette redoutable maladie.

Il semble maintenant que les progrès de la thérapeutique en pédiatrie soient intimement liés à la bactériologie, et l'on

ne peut que souhaiter de voir, dans une voie si largement ouverte, d'heureux investigateurs s'engager et découvrir les microbes germes de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, et qu'ils parviennent à préparer, comme l'a fait Behring, des remèdes et des vaccins spécifiques contre ces infections.

Il est donc avéré que les maladies infectieuses forment la partie la plus étendue du domaine de la pathologie infantile, mais il convient de ne pas méconnaître, non plus, l'importance des affections qui se localisent dans un organe ou dans un appareil; tantôt ces affections organiques ne sont elles-mêmes que la détermination ou le reliquat d'une maladie générale, tantôt elles représentent la localisation initiale d'un processus morbide n'ayant pas une origine infectieuse.

Pour montrer d'une manière évidente que les affections circonscrites dans un appareil ont des caractères parfaitement tranchés dans l'enfance, je me bornerai à choisir un seul exemple, celui du système nerveux.

Le cerveau et la moelle, bien qu'offrant à la naissance un développement considérable, comparativement au volume des autres organes, fonctionnent encore d'une manière irrégulière, incoordonnée; l'activité psycho-sensorielle, pendant la première année de la vie, est extrêmement réduite, tandis que l'excitabilité réflexe de la moelle est prédominante. La régulation des mouvements spinaux par le contrôle du cerveau est insuffisamment assurée. C'est ainsi que l'on explique la prédisposition des jeunes enfants à présenter des phénomènes convulsifs produits sous des influences légères et variées.

Un accès fébrile, des irritations du tégument externe, l'éruption des dents, des troubles gastro-intestinaux, le rachitisme déterminent des convulsions qu'il est parfois bien difficile de différencier des convulsions en rapport avec des affections proprement dites des centres nerveux.

Nous sommes disposés à faire encore intervenir l'exagération normale du pouvoir excito-réflexe de la moelle dans la chorée de Sydenham, la danse de Saint-Guy, car nous ne savons rien de certain sur la pathogénie de cette affection dont les relations avec le rhumatisme sont cependant incontestables.

L'épilepsie essentielle, dont nous ignorons aussi la cause réelle, apparaît de bonne heure; il est rare que son début soit reculé au delà de l'adolescence.

L'hydrocéphalie, les scléroses cérébrales, les paralysies spastiques, l'idiotie dans laquelle on rencontre des lésions si diverses du crâne et du cerveau, appartiennent en propre à l'enfance. Nous retrouvons, il est vrai, la méningite tuberculeuse chez l'adulte; mais sa fréquence et son évolution clinique sont absolument typiques dans le jeune âge.

La paralysie spinale de l'enfance, avec ses lésions en foyer disséminées dans la substance grise des cornes antérieures et ses atrophies musculaires secondaires, est une affection commune.

La paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, isolées et décrites par Duchenne, de Boulogne, sont plus rares, mais rentrent sans discussion dans le cadre de la pédiatrie.

Ces traits généraux sont suffisants pour prouver que la névropathie infantile est véritablement spéciale.

On trouvera, dans le cours du livre de M. Goodhart, des descriptions très exactes et très approfondies des maladies de tous les appareils chez les enfants. L'auteur anglais s'attache constamment à mettre en lumière les caractères distinctifs des affections qui sont communes en apparence aux adultes et aux enfants. On remarquera que M. Goodhart est l'ennemi de la banalité, qu'il glisse légèrement sur tout ce qui est simple, classique, sur ce qu'il suppose connu de tout le monde, et qu'il s'efforce d'éclaircir toutes les ques-

tions restées jusque-là obscures ou insolubles. Le praticien expérimenté reconnaîtra dans cet ouvrage toutes les difficultés avec lesquelles il s'est trouvé aux prises lui-même; l'auteur ne les a pas toutes résolues, mais les a abordées franchement.

Dans ce traité pratique des maladies des enfants, la partie thérapeutique est très développée; toutes les médications employées avec des succès divers sont longuement exposées après les descriptions anatomiques et cliniques.

Cette thérapeutique, dira-t-on, est bien compliquée, n'est pas scientifique à proprement parler. J'en conviens; mais, en attendant que toutes les antitoxines des maladies infectieuses soient découvertes, si elles doivent l'être, devons-nous rester inactifs?

Pourquoi ne pas nous servir des armes que nous avons dans les mains, jusqu'à ce que nous en ayons de meilleures.

La thérapeutique de M. Goodhart est celle d'un médecin prudent extrêmement versé dans la matière médicale.

Le formulaire placé comme appendice sera consulté très utilement.

La conclusion qui ressort clairement de toutes ces considérations, c'est que la pédiatrie est bien une branche spéciale de la médecine générale, qui a son objet parfaitement déterminé, je veux dire l'étude de l'organisme entier pendant toute la période de croissance. Mais cette spécialité est incomparablement plus vaste et plus importante que toutes les autres.

L'étude de la pédiatrie ne demande pas moins de connaissances générales de tout genre que l'étude des maladies de l'adulte et du vieillard. D'ailleurs, la pédiatrie doit avoir comme point de départ et comme terme de comparaison la pathologie de l'adulte.

Il n'est donc pas à désirer que la spécialisation des

pédiatres soit trop hâtive ; le médecin des enfants a besoin d'un long temps pour acquérir les notions théoriques et pratiques indispensables à son art.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

Par le docteur R. HIRSCHBERG.

Le parachlorophénol dans le traitement des maladies de la gorge et du nez. — Influence de la pipérazine sur le diabète expérimental. — Notice sur le lycétol, un dissolvant de l'acide urique. — L'usage de la pilocarpine dans la diphtérie.

Le parachlorophénol dans le traitement des maladies de la gorge et du nez, par le docteur Schmourlo (*Gazeta Lekarska*, 24 mars ; *Wratck*, n° 17, 1894). — L'auteur a expérimenté les effets de cette substance dans 10 cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, dans 2 cas de rhinosclérome, dans 4 cas de pharyngite granuleuse, dans 1 cas d'épithélioma de la corde vocale et dans 5 cas de laryngite tuberculeuse. Dans la tuberculose laryngée, on se servait d'une solution de 25 à 50 pour 100 ; dans les autres cas, du parachlorophénol pur. Voici les résultats de l'auteur :

1° Le parachlorophénol ne possède pas les propriétés analgésiques du phénol. A cause de son odeur et de son goût répugnants, l'usage de cette substance dans les maladies de la gorge et du nez ne pourra être que restreint.

2° Appliquée sur une muqueuse, cette substance détruit l'épithélium, en provoquant une forte réaction, souvent de la suppuration. Le badigeonnage avec du parachlorophénol resserre les tissus et diminue ainsi l'hypertrophie ; cette substance est ainsi moins active que l'acide chromique et surtout que le galvanocautère.

3° Dans la tuberculose laryngée, le parachlorophénol provoque de l'œdème dans les tissus, une forte douleur qui dure longtemps ;

il enlève aux malades aussi l'appétit. Cette substance est donc aussi dans ces cas moins utile que les autres moyens usités, l'acide lactique, l'acide phénique, le menthol, etc.

Influence de la pipérazine sur le diabète expérimental, par H. Hildebrand (*Berliner Klinische Wochenschr*, n° 6, 1894). — L'auteur a fait une série d'expériences avec la pipérazine chez le chien rendu diabétique, et il a constaté qu'après l'administration de 2 à 3 grammes de pipérazine à des chiens de taille moyenne, la quantité de sucre rendue par les urines le second jour de l'expérience était diminuée de 10 pour 100. Se basant sur ce fait, l'auteur recommande la pipérazine contre le diabète sucré chez l'homme, notamment une demi-heure avant les repas (la dose?), après avoir préalablement alcalinisé le suc gastrique par du bicarbonate de soude.

Notice sur le lycétol, un dissolvant de l'acide urique, par H. Wittzack (*Allgem. Medicin. Centralzeitung*, n° 7, 1894). — Le lycétol est un tartrate de pipérazine diméthylée ; cette dernière base a la même action physiologique que la pipérazine. L'acide tartrique se transforme dans l'organisme en carbonates et rend le sang plus alcalin. C'est sur ce processus que repose l'administration du lycétol aux lieu et place de la pipérazine en cas de goutte. L'augmentation de l'alcalinité du sang a une influence favorable sur l'action dissolvante de la pipérazine diméthylée sur l'acide urique.

Wittzack résume comme suit ses observations : par l'usage prolongé du lycétol, les douleurs de la goutte cèdent, les accès à répétition régulière sont coupés, le sable urinaire diminue et l'on observe une diurèse plus forte. Dose : 1 à 2 grammes par jour pendant au moins trois semaines.

Les avantages du lycétol sur la pipérazine consistent dans sa composition toujours égale, au goût agréable de limonade, quand on ajoute un peu de sucre à la solution. Le lycétol a encore

l'avantage de ne point s'altérer, si on le prescrit sous forme de poudre.

L'usage de la pilocarpine dans la diphtérie, par Welsch (*Deutsche Medic. Zeitung*, n° 4, 1894). — Welsch appelle de nouveau l'attention des médecins sur les avantages de la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie. L'auteur a employé ce moyen dans environ quarante cas de diphtérie. Il a continué l'administration pendant trois jours. Grâce à une grande prudence dans les doses, il n'a jusqu'ici pu compter aucun effet fâcheux. L'auteur cite trois cas qui démontrent l'activité de la pilocarpine dans la diphtérie. Dans un cas, on administra à un enfant de trois ans la solution suivante : pilocarpine, 25 milligrammes, eau, 100 grammes ; acide chlorhydrique, quelques gouttes, et pepsine; toutes les heures, une cuillerée à café. Les résultats, selon l'auteur, furent surprenants.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement des angines non diphtériques au moyen de badigeonnages de gaïacol glycériné. — Des applications d'antipyrine salolée dans le traitement de certaines hémorragies utérines.

Traitement des angines non diphtériques au moyen de badigeonnages de gaïacol glycériné (*Semaine médicale*, 1894). — Le docteur Darbouet vante les excellents effets qu'il a retirés des badigeonnages de gaïacol dans les angines phlegmoneuses et pultacées. Au lieu de se servir de gaïacol pur, comme on l'a recommandé, M. Darbouet préfère l'employer mélangé avec de la glycérine. Pour l'adulte, il fait ce mélange à parties égales; pour les enfants, la solution doit contenir une partie de gaïacol pour deux parties de glycérine.

Le gaïacol et la glycérine ne se mélangent pas d'une façon

parfaite, et il faut toujours avoir soin de bien agiter le flacon qui contient le mélange avant de procéder aux badigeonnages de la gorge.

La première sensation qu'éprouve le malade après l'attouchement du pharynx à l'aide du gaïacol glycériné est une sensation de brûlure et d'angoisse assez pénible, jointe au goût désagréable du médicament. Mais très rapidement ces effets se dissipent, et le malade éprouve un bien-être particulier, une sensation de fraîcheur dans la gorge et remarque avec plaisir que la déglutition n'est plus douloureuse. Enfin la fièvre diminue rapidement.

Cependant la dysphagie et l'hyperthermie réapparaissent quelque temps après, mais elles sont moindres et cèdent facilement à de nouveaux badigeonnages de gaïacol glycériné.

M. Darbouet prescrit quatre badigeonnages dans les vingt-quatre heures, le dernier de la journée devant être fait assez tard, et le premier le lendemain de bonne heure.

Chez les adultes, notre confrère a recours, outre les applications de gaïacol glycériné, à l'usage du gargarisme ci-dessous formulé :

Chlorate de potasse	8	grammes.
Miel rosat......................	50	—
Infusion de ronces..............	200	—

F. S. A. — Usage externe.

Chez les enfants, il faut faire des irrigations boriquées à 3 pour 100, cinq ou six fois par jour.

Dans les angines phlegmoneuses, il prescrit une décoction très chaude de mauve et de pavot, additionnée d'acide borique ou de biborate de soude.

Enfin, pour combattre la céphalée, il donne quelques doses d'antipyrine.

Des applications d'antipyrine salolée dans le traitement de certaines hémorragies utérines (Bralant, Thèse de Paris, 1894). — M. Labadie-Lagrave a recours avec succès, dans cer-

taines hémorragies utérines, à l'emploi de l'antipyrine. Mais comme il serait difficile de porter dans la cavité de l'utérus de l'antipyrine en poudre, il a eu l'idée de se servir d'antipyrine liquéfiée au moyen du salol, réalisant ainsi un pansement à la fois hémostatique et antiseptique.

Voici quel est le manuel opératoire de ce traitement, d'après la description que M. le docteur E. Bralant en donne dans sa thèse inaugurale :

On introduit dans un tube à essai des quantités égales de salol et d'antipyrine, de façon à remplir à peu près le tiers du tube, et on chauffe sur la lampe à alcool. Bientôt le mélange se transforme en un liquide clair avec une très légère teinte brunâtre. Ce n'est pas encore le moment de l'employer, car sous cet aspect la solution se solidifie trop rapidement. On continue donc de chauffer le liquide jusqu'à ce qu'il ait pris une teinte tirant franchement sur le brun, et on n'a pas alors à redouter sa solidification rapide.

Pour porter dans la cavité utérine le mélange liquéfié d'antipyrine et de salol, on se sert d'une baguette mince en osier garnie de coton hydrophile qu'on imbibe du liquide médicamenteux. Après s'être assuré que celui-ci n'est pas à une température trop élevée, on introduit la tige dans la cavité utérine sans forcer, et en se servant, bien entendu, du spéculum. Suivant l'importance de l'hémorragie, on fait une ou deux applications successives du mélange, on place ensuite dans le vagin un tampon de coton hydrophile imbibé de glycérine créosotée, et l'on recommande à la malade de rester couchée.

Ces applications n'occasionnent aucune douleur et sont exemptes de danger. Quant à leur action hémostatique, elle est rapide, sûre et complète : l'hémorragie s'arrête aussitôt, et c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée. Le lendemain, il n'y a généralement plus trace d'hémorragie ; aussi est-il rare qu'on soit obligé de faire une seconde application intra-utérine d'antipyrine salolée.

Ce traitement s'est montré efficace contre les hémorragies dues à la métrite fongueuse, aux déviations utérines, aux fibromyomes de l'utérus, et même aux tumeurs malignes de cet organe à leur période de début, lorsque la perte sanguine est plutôt sous la dépendance d'une congestion que d'une ulcération de la matrice.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le docteur Just-Lucas Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie. Un volume relié de 560 pages avec 66 gravures dans le texte. Paris, 1895, Rueff et Ce, éditeurs.

La thérapeutique des fractures, dans la chirurgie moderne, est à peu près exclusivement constituée par les soins de l'immobilisation. La restitution accomplie et l'immobilisation assurée, le chirurgien attend des efforts de la nature la réparation des membres; il ne songera à un rôle actif que le jour où la solidité du membre sera obtenue. Même alors, il s'occupe sans grand intérêt de ce qu'on est convenu d'appeler les suites nécessaires de la fracture.

On peut ajouter qu'au temps présent, où la chirurgie opératoire a subi de si prodigieuses transformations, l'intervention quotidienne du chirurgien dans la thérapeutique ordinaire s'est effacée de plus en plus.

L'auteur de ce nouvel ouvrage estime qu'il y a lieu de réagir contre cet état de choses. Il a depuis bien des années travaillé à la réforme de cette thérapeutique du rien faire.

Ce livre, en montrant la prise de possession par le massage de tout un ensemble de phénomènes de réparation, en montrant la métamorphose complète que le massage peut apporter dans une branche de la chirurgie qui n'en semblait guère susceptible, inspirera d'autres travailleurs pour lui chercher toute la généralisation qu'il mérite.

La maison Rueff et Ce, 106, boulevard Saint-Germain, vient de faire paraître trois nouveaux volumes dans la collection Charcot-Debove :

1° *Les Centres moteurs cervicaux chez l'homme*, par J.-M. Charcot-Debove et R. Pitres. Un volume in-16 cartonné, avec 57 figures dans le texte dont 51 en couleurs.

En 1892, Charcot, désirant réunir en un travail d'ensemble un faisceau de preuves cliniques pouvant servir de base inébranlable à la doctrine des localisations cérébrales, avait demandé à Pitres de l'aider dans la réalisation de cet important travail.

Pitres a voulu terminer le travail commencé sous la direction du maître, et c'est précisément celui qu'il donne aujourd'hui sous ce titre général qui comprend l'ensemble des faits principaux sur lesquels repose aujourd'hui l'histoire des localisations motrices sensitives et psycho-sensorielles.

2° *La Stérilisation alimentaire,* par le docteur Jules ARNOULD. Un volume in-16 cartonné.

L'auteur, après une longue étude sur le rôle des microbes pathogènes dans les aliments, passe en revue les agents et les procédés de stérilisation alimentaire.

Il étudie principalement la stérilisation de la viande par la chaleur, celle du lait et celle de l'eau.

3° *Hygiène alimentaire des enfants durant la santé, les maladies et la convalescence*, par le docteur PÉRIER. Un volume in-16 cartonné.

Ce nouveau volume, exclusivement consacré à l'alimentation des enfants, comprend trois parties. La première partie traite des éléments du régime, c'est-à-dire des principes immédiats de la nutrition et des aliments usuels. L'auteur s'y montre parfaitement au courant des recherches les plus récentes sur les fonctions de l'estomac, le rôle de l'acide chlorhydrique, du ferment lab, etc.

La seconde donne le régime approprié aux différentes périodes de l'enfance. Elle contient un chapitre spécialement consacré à la ration alimentaire, en rapport avec les besoins de la croissance.

La troisième est consacrée aux conditions morbides qui comportent une modification du régime ordinaire. L'importance de cette dernière partie n'échappera à personne, et les médecins savent combien il importe de bien diriger le régime des enfants malades ou convalescents, pour ne pas mettre à profit les conseils de M. le docteur Périer, dont les travaux sur les questions d'hygiène infantile ont rencontré dans le corps médical un accueil si sympathique, et dont les ouvrages de vulgarisation ont eu un si légitime succès.

Conférences de gynécologie.

Le docteur AUVARD commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, le mardi 19 mars, à 2 heures, une série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, qu'il continuera les samedis et mardis à la même heure.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

247

AVIS AUX LECTEURS

Quand, au commencement de 1894, guéri de son opération de cholécystoentérostomie, Dujardin-Beaumetz quitta le poste de secrétaire de la rédaction pour celui de rédacteur en chef du *Bulletin général de thérapeutique*, son ardent désir de vivre, son insatiable besoin de travail lui donnaient l'espoir de pouvoir longtemps encore diriger ce journal, dont il était propriétaire, mais dont il fut surtout le souffle vivant pendant vingt ans.

S'il se remit, avec une ardeur toujours juvénile, à la besogne, il savait cependant ses jours parcimonieusement comptés, et souvent le Maître nous entretenait de toutes les dispositions qu'il avait prises en vue de sa mort ; à son départ pour Beaulieu, en décembre, une seule chose restait à régler et l'inquiétait : la succession du *Bulletin*. Cette succession, ce fut le Maître lui-même qui la régla ; sa mort, malheureusement prévue et cependant prématurée, n'a rien changé à ce qu'il avait décidé !

Dujardin-Beaumetz avait choisi pour son successeur au *Bulletin général de thérapeutique* un de ses élèves, un de ceux qui, avec lui, se sont le plus occupés de thérapeutique, à qui les exigences de la pratique médicale permettent de se consacrer tout entier au journal ; le Maître avait fait choix du docteur Bardet, son élève, son ami, son chef de laboratoire à la clinique thérapeutique de Cochin.

Ainsi qu'il me l'écrivait, dix jours à peine avant sa mort, Dujardin-Beaumetz allait annoncer lui-même ce changement d'organisation aux lecteurs du *Bulletin* et leur pro-

mettre de rester, sinon rédacteur en chef, du moins collaborateur du journal. Hélas ! bien que le Maître sentît ses forces l'abandonner de plus en plus, bien qu'il pût compter les jours qui lui restaient à vivre, la mort ne lui laissa même pas le temps de faire lui-même au docteur Bardet la cession du *Bulletin général de thérapeutique.*

A dater d'aujourd'hui, le docteur Guinard et moi remettons à notre confrère le docteur Bardet le dépôt que nous avait confié Dujardin-Beaumetz. En prenant possession du *Bulletin général de thérapeutique*, le docteur Bardet a obtenu le concours de savants expérimentés, bien connus des médecins par leurs travaux de thérapeutique et leur esprit éminemment pratique. Désormais le journal aura pour directeur scientifique M. Albert Robin, médecin de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté. Le comité de rédaction sera composé de M. Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, pour la *Médecine;* de M. Bouilly, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin, pour la *Chirurgie,* et de M. Heim, professeur agrégé à la Faculté, pour la *Matière médicale.*

En quittant le secrétariat de la rédaction du *Bulletin général de thérapeutique*, je demande aux lecteurs et aux collaborateurs la permission de les remercier de l'accueil favorable qu'ils m'avaient fait, de la cordialité qu'ils m'ont témoignée. Je souhaite à mon confrère et ami Bardet bon courage et l'assure que je serai toujours heureux de collaborer au *Bulletin général de thérapeutique*, au journal de Dujardin-Beaumetz.

SAPELIER.

31 mars 1895.

ÉLECTRO-THÉRAPIE

Maladies de l'utérus et des annexes, et électrolyse de l'argent intra-utérine ;

Par le docteur Boisseau du Rocher.

Dans un travail précédent (1), j'ai indiqué l'électrolyse de l'argent comme donnant d'excellents résultats thérapeutiques contre un certain nombre d'affections. J'avais en vue diverses maladies de l'utérus et des annexes : hémorragies, métrites, salpingites ; c'est d'elles que j'ai l'intention de m'occuper aujourd'hui. Le procédé opératoire, des plus simples, est défini de la manière suivante :

Si l'on implante dans les tissus une aiguille d'argent chimiquement pur reliée au pôle positif d'une batterie à courant continu, le négatif étant placé sur la peau, sous forme d'une plaque humide, il se fait des réactions électro-chimiques dont la résultante est la formation d'un produit nouveau, l'oxychlorure d'argent, qui naît au contact des tissus et se trouve représenter l'agènt médicamenteux.

Les considérations qui m'ont conduit à l'emploi de l'oxychlorure d'argent, préparé *in situ*, par voie d'électrolyse et qui plaident en sa faveur sont, d'abord, la faible intensité du courant nécessaire pour faire la décomposition électrolytique dont nous avons parlé ; ensuite les résultats chimiques obtenus avec le nitrate d'argent contre les cystites, les conjonctivites purulentes, etc. On sait en effet quelle place les cautérisations au nitrate d'argent occupent en thérapeutique. Or, le terme *cautérisation au nitrate d'argent*, s'il est généralisé, est une erreur d'interprétation dans nombre de cas, parmi lesquels nous devons faire entrer diverses affections,

(1) *Du sycosis et de son traitement*. Février 1895.

notamment celles dont nous venons de parler, les conjonctivites, les cystites. La vessie, en effet, n'est jamais asséchée, quelque précaution que l'on prenne pour la vider, l'urine sortant de chaque uretère alternativement, il est vrai, mais débouchant dans la vessie d'une façon continue. Or, l'urine contient une grande quantité de chlorure de sodium, qui par suite de réactions connues avec le nitrate d'argent, donne naissance à des chlorures d'argent, instantanément, et au fur à mesure que l'on injecte la solution de nitrate d'argent. On donne, en effet, le précepte de n'injecter la solution que goutte à goutte ; l'urine est donc toujours en quantité suffisante pour que le chlorure de sodium en présence soit en excès. On peut par conséquent poser, comme règle générale, que c'est une erreur de croire que le nitrate d'argent a une action sur la muqueuse en tant que nitrate d'argent. L'erreur que je viens de signaler est d'autant plus importante à élucider que, si elle n'avait pas été commise et enseignée à l'égal d'un axiome, on serait peut-être arrivé plus tôt à un traitement rationnel des cystites et probablement aussi des blennorragies, et surtout des blennorragies chroniques, contre lesquelles le nitrate d'argent ne donne trop souvent que des résultats éphémères ; il ne peut en effet avoir dans l'urètre d'autre action que l'action caustique des nitrates.

Ces considérations me conduisent, en outre, à penser que l'électrolyse de l'argent serait indiquée dans les cystites et peut-être dans la tuberculose vésicale. Dans ce cas, en effet, le cystoscope permettant de reconnaître exactement les points atteints de tuberculose, le traitement électrolytique deviendrait facile. Pour ne pas sortir de notre sujet, je me contenterai aujourd'hui de signaler cette application, qui, du reste, *devrait être faite d'une tout autre façon que celle que nous indiquerons tout à l'heure.*

Les considérations que je viens d'exposer au sujet du nitrate d'argent, comme traitement des cystites, s'applique

également aux conjonctivites purulentes. La solution de nitrate d'argent n'agirait comme nitrate que si le nitrate était en excès. Or, c'est précisément pour éviter l'action du nitrate caustique que les auteurs qui ont préconisé le nitrate d'argent, ou bien prescrivent des solutions faibles, ou bien recommandent de baigner la conjonctive avec une solution de chlorure de sodium ; c'est ce qu'ils ont appelé *neutraliser* le nitrate d'argent. En réalité, sauf les cas où l'on conseille de sécher la conjonctive, ce sont les chlorures d'argent seuls qui agissent.

INTENSITÉ DU COURANT.

Aux résultats cliniques obtenus avec le nitrate d'argent, ou plutôt avec les chlorures d'argent, se joint une considération d'un autre ordre d'idées et d'une grande importance qui plaide en faveur du traitement que je préconise aujourd'hui contre les affections de l'utérus et des annexes, à savoir, la faible intensité du courant nécessaire pour obtenir la décomposition électrolytique que nous avons décrite. Elle peut se faire en effet à une intensité excessivement faible de 3 milliampères à 10 milliampères. Comme il est inutile, dans la majorité des cas, de descendre au chiffre de 3 milliampères, on peut poser comme règle générale, qu'on devra toujours se tenir dans des limites variant de 7 à 10 milliampères. C'est là, d'ailleurs, l'intensité qui, expérimentalement, m'a donné les meilleurs résultats, et qu'il est tout à fait inutile de dépasser. Il y a, d'ailleurs, à ce sujet, des différences cliniques dans le détail desquelles on comprendra qu'il m'est impossible d'entrer. Il ne peut être question ici que d'établir les règles générales d'après lesquelles la méthode que je préconise aujourd'hui doit être appliquée.

Je ferai la même observation pour la durée des séances. On trouvera, dans les observations, des malades qui ont été traitées avec une durée de cinq minutes ; chez d'autres, au

contraire, la durée d'application a été plus longue. On peut cependant établir comme règle que c'est dans les limites de cinq à dix minutes en moyenne qu'il convient de rester.

En résumé, les avantages du traitement intra-utérin par l'électrolyse de l'argent sont d'abord l'action rapide, s'il s'agit de pertes, métrorragies ou ménorragies, comme je l'établirai tout à l'heure, et l'emploi de faibles intensités de courant.

Un troisième point sur lequel j'insisterai encore est la facilité avec laquelle l'hystéromètre en argent est stérilisable. L'argent peut être porté, en effet, à une assez haute température sans s'oxyder. Cette particularité permet d'avoir un instrument absolument aseptique.

Les avantages que je viens d'énumérer créent donc à la méthode une innocuité complète.

MODE D'ACTION DE L'ÉLECTROLYSE MÉDICAMENTEUSE.

En ce qui concerne le mode d'action de l'électrolyse médicamenteuse en général, et de l'électrolyse de l'argent en particulier, plusieurs hypothèses peuvent être invoquées : il nous faut éliminer tout d'abord l'action électrolytique du courant lui-même sur les tissus. Le courant continu employé seul avec une électrode impolarisable est thérapeutiquement inefficace, si on l'emploie avec une aussi faible intensité que celle que j'ai indiquée pour l'électrolyse de l'argent, 7 milliampères, quelquefois moins. Reste l'hypothèse qu'on a appelée *action de médicament à l'état naissant*. J'estime qu'en l'espèce, il faut préciser davantage le terme vague *à l'état naissant*. Ce n'est pas, en effet, parce qu'il est à l'état naissant qu'il agit plus sûrement et mieux qu'en solution, c'est parce qu'il est à l'état *atomique*.

Il est, sous cette forme, facilement et rapidement diffusible, et a une action d'autant plus sûre, d'autant plus certaine,

que le courant intervient pour une large part dans les phénomènes de diffusion.

OBSERVATIONS.

I.— Mme C..., quarante-cinq ans, vient de province avec une lettre de son médecin ordinaire, chirurgien connu. Cette observation prenant, de ce fait, une importance plus grande, j'insisterai plus spécialement sur l'observation de cette malade.

Voici, d'ailleurs, ce que m'écrivait ce confrère :

« Mme C..., que je soigne depuis 1888, a eu, à la suite d'une métrite ancienne, de la paramétrite, et surtout une double salpingite. Ces phénomènes se sont beaucoup amendés, et la salpingite a presque complètement disparu. Depuis une année environ, des corps fibreux se sont développés, un surtout dans la paroi antérieure de l'utérus. Depuis cette époque, l'état général, à la suite d'hémorragies répétées, est devenu mauvais, les voies digestives fonctionnent mal. Il en est résulté un grand affaiblissement et une anémie assez forte. Les hémorragies, depuis quelques mois, ne sont cependant pas très fortes; elles durent dix à douze jours. L'embarras des voies digestives persiste, en outre, pendant le même temps, en sorte que l'état relatif de bien-être ne dure que sept à huit jours. »

Notre malade me raconte que les sept à huit jours qui lui restent par mois, elle les passe sur sa chaise longue, le moindre mouvement, la moindre marche amenant un écoulement sanguinolent plus ou moins abondant ; elle se fait porter par deux hommes de sa chaise longue sur son lit. Craignant de ne pouvoir pas arriver jusqu'à Paris, elle a fait le voyage étendue dans un hamac. Deux jours après son arrivée à Paris, le 27 mars 1893, elle se fait porter chez moi. L'examen me montre une tumeur de la grosseur du poing à peu près, formée de plusieurs noyaux fibreux. Le col utérin a été détruit au thermo-cautère, sans que la malade ait jamais retiré aucun bénéfice de cette intervention. Elle a refusé toute autre opération.

Le 27 mars 1893, argent 10 milliampères, cinq minutes. La ma-



lade ayant eu ses règles huit jours après, ne revient que le 7 avril. Elles ont duré quatre jours, normales (douze serviettes), sans douleurs de ventre.

Le 10 et le 13 avril, argent, 10 milliampères, cinq minutes.

Le 15 avril, la malade est atteinte d'influenza ; quinine et inhalation d'oxygène pour parer aux accès de suffocation qui sont extrêmement pénibles. Tout autre traitement est suspendu. Les règles qui ont paru le 24 avril, un mois après la première séance et malgré la suspension du traitement et l'usage de la quinine, n'en sont pas moins normales : quatre jours, douze serviettes.

Les 9, 12, 15, 18 mai, même traitement par l'argent, avec une intensité de courant variant de 7 à 10 milliampères, et d'une durée de quatre minutes.

Le 24 mai, *les règles qui, dans l'état de santé, étaient toujours en avance de cinq jours, ne sont pas encore parues.*

Le 27 mai, règles en retard, par conséquent, de huit jours, et d'une durée de quatre jours.

Les 1er, 5, 8, 12, 15 et 19 juin, même traitement par l'argent. Règles de quatre jours, dix serviettes.

Le 3 juillet, on constate une très grande diminution de la tumeur. Le même traitement est continué jusqu'au 10 août.

A ce traitement a été joint le traitement par les décharges statiques à haute fréquence (que j'ai décrites, l'année dernière), sous forme de frictions et d'étincelles, dans le but de relever les forces, l'appétit, de combattre l'anémie.

Depuis le mois de juillet, Mme C... a commencé à sortir de chez elle, à marcher. Elle part de Paris le 10 août, en excellent état, comme état général, et comme état local.

Elle revient au mois d'octobre.

Un autre traitement est alors commencé au moyen d'un hystéromètre ordinaire, avec des intensités variant de 20 à 30 milliampères. Mme C... retourne en province le 15 février. A cette époque, la tumeur et les noyaux fibreux eux-mêmes sont considérablement diminués de volume. La malade est en excellent état général, elle mène la vie commune sans qu'aucun accident se produise.

II. — Mme L..., trente-trois ans, mariée à seize ans, a eu un enfant à dix-sept ans, mort en bas âge, deux autres enfants sont également morts.

La malade souffre du ventre depuis neuf ans, et a suivi des traitements de différents côtés pour ulcération du col ?

Elle a des pertes continuelles pendant et après les époques, intermittentes si elle prend du repos, reparaissant dès qu'elle marche. Elle accuse, en outre, des troubles digestifs divers, surtout du côté de l'estomac. L'estomac, dilaté, descend au niveau de l'ombilic.

L'examen montre l'utérus très gros, fibreux, en antéflexion complète. Écoulement muqueux, fortement sanguinolent.

Le 7 novembre 1894, hystéromètre argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 10 novembre, argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 13 novembre, toute trace de sang et d'écoulement a disparu : hystéromètre ordinaire, 30 milliampères ; hystéromètre argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 17 novembre, l'utérus est diminué de volume, l'antéflexion est moins prononcée ; même traitement.

Le 20 novembre, même traitement.

Le 23 novembre, les règles n'ayant pas paru, tout traitement est interrompu jusqu'au 8 décembre. Les règles sont parues le 30 novembre et ont duré quatre jours ; elles ont été très peu abondantes et intermittentes *pendant quatre jours seulement*. La malade est encore traitée, le 8 et le 11 décembre, par l'électrolyse de l'argent intra-utérine à l'intensité de 7 milliampères, cinq minutes.

A cette date, l'utérus est en situation normale ; un petit noyau fibreux du corps de l'utérus et en avant persiste seul. Plus de métrite, ni d'écoulement d'aucune sorte. L'estomac et l'état général, traités par les courants sinusoïdaux et les décharges statiques de haute fréquence, ont été rapidement améliorés.

La malade, revue dernièrement, trois mois après, est en excellent état ; ses règles paraissent régulièrement, et n'ont qu'une durée normale de quatre jours.

III. — Mme C..., quarante-trois ans, domestique. Une seule grossesse ; a une fille âgée de dix-sept ans. Elle souffre du ventre depuis deux ans surtout et a de temps à autre, des pertes sans grande importance, soit pendant ses époques, soit dans l'intervalle. L'ayant examinée en 1893, j'avais trouvé une tumeur fibreuse de la grosseur du poing, formée d'un grand nombre de noyaux ; le col était volumineux et fibreux.

N'ayant que des accidents intermittents et sans gravité, elle avait négligé de se soigner, se bornant aux irrigations vaginales chaudes que je lui avais recommandées

Au mois de février 1894, la tumeur a pris un volume considérable ; elle est formée d'une masse compacte de noyaux fibreux remontant très haut dans le bassin. La malade se plaint, en outre, de douleurs constantes dans l'intervalle des époques ; un peu de sang revient de temps à autre.

Traitement avec l'hystéromètre ordinaire et avec des intensités de 20 milliampères et de 40 milliampères jusqu'au 7 avril.

La tumeur ayant diminué notablement, le même traitement est repris le 7 mai, jusqu'à la fin du mois de juillet.

Dans l'intervalle, au milieu du mois de mai, un petit polype, pédiculé, mobile, de la grosseur d'un pois, vient se montrer à l'orifice interne du col déchiré par l'accouchement, et largement entr'ouvert. L'ablation de ce polype était nettement indiquée. Cependant, comme il donnait peu de sang, et qu'il n'y avait rien d'urgent, comme d'un autre côté il fallait continuer le traitement de la tumeur fibreuse, je voulus profiter de la circonstance pour voir ce que donnerait l'électrolyse de l'argent. Je me décidai donc à traiter ce polype au moyen d'aiguilles d'argent.

Le traitement, commencé le 4 juin, fut suivi jusqu'à la fin du mois de juillet.

A cette époque, le polype était disparu, la tumeur fibreuse, de son côté, avait diminué dans des proportions considérables. Depuis le mois de juillet, les pertes et les douleurs n'ont pas reparu (1).

(1) Je viens de recevoir de la malade une lettre me disant qu'aucun

IV. — Mme M..., trente-sept ans, a eu quatre couches ; la première fois, accouchement au forceps d'un enfant mort. La dernière couche, datant de deux ans, a été très pénible, l'enfant se présentant par le siège.

La malade souffre depuis la première couche, mais surtout depuis deux ans.

Le 26 octobre 1894, l'utérus, en antéflexion complète, présente à droite un noyau fibreux peu volumineux ; par le col, en outre, écoulement muco-purulent abondant. Hystéromètre en argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 30 octobre, même traitement.

Le 3 novembre, même traitement.

Règles le 6 novembre.

Le 13 novembre, tout écoulement a disparu, l'utérus est moins gros, l'antéflexion est moins prononcée.

Hystéromètre en charbon intra-cervical, 25 milliampères ; hystéromètre en argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Les 25 et 30 novembre, même traitement.

Les règles viennent à l'époque habituelle, sans douleurs ; l'utérus, examiné au retour de la malade, est en situation normale ; la métrite n'a pas reparu.

La malade, revue dernièrement (mars 1895), continue de se bien porter.

V. — Mme de L..., trente-trois ans ; depuis son accouchement, datant de quatorze ans, souffre du ventre. Elle a été traitée par une sage-femme qui lui a dit qu'elle avait une ulcération du col, et qui a pratiqué des cautérisations au galvano-cautère. Depuis un an et demi, elle a des pertes continuelles, pendant et entre les époques.

L'examen montre un noyau fibreux à la paroi postérieure du corps de l'utérus, et un peu d'écoulement sanguinolent.

---

des accidents antérieurs n'est reparu. Elle mène la vie commune sans qu'il lui soit utile de prendre ni les ménagements, ni les précautions ordinaires (6 mars 1895).

Le 8 novembre 1894, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

La malade n'a pas ses pertes habituelles. Le même traitement est continué les 12, 15, 19 et 22 novembre. Tout écoulement est alors disparu. Après ses époques, qui ont été normales, Mme de L..., part pour le Midi.

VI. — Mme G..., domestique. Depuis ses couches, elle souffre du ventre, et a été traitée pour une métrite, à l'hôpital, par le chef du service lui-même, qui lui a fait un curettage, (1892). A la suite de ce curettage, les règles ont disparu. Les douleurs de ventre ont augmenté d'intensité au moment des époques. Fin 1892, ses règles sont revenues, mais très peu abondantes, quelques taches sur la chemise, et avec une avance de cinq jours. Les douleurs sont continuelles, très vives et l'empêchent de faire son service.

Le 5 mai 1893, l'utérus semble normal, sauf la métrite qui a persisté.

Argent, intra-utérin, 10 milliampères, trois minutes.

Le 8 mai, écoulement moins abondant.

Argent, 10 milliampères, quatre minutes.

Le 11 mai, même traitement.

Le 15 mai, plus aucun écoulement, même traitement.

La malade ne souffrant plus, reprend son service. Les règles reviennent faciles et d'abondance normale. Revue dans le courant de 1894. Guérison confirmée.

VII.— Mme M..., vingt-neuf ans, raconte qu'aux mois d'août et septembre elle a eu des pertes très abondantes ayant duré une dizaine de jours. Ces pertes ont reparu au mois de novembre et ont nécessité un traitement au sujet duquel elle n'a pas pu me donner de renseignements suffisants, ergotine probablement.

Quand je la vois au mois de novembre 1893, le 13, je trouve un utérus un peu gros, qui me fait penser à une grossesse, malgré l'absence des signes ordinaires de la grossesse. Je renvoie la

malade, qui revient à la fin de février me dire que les règles sont en retard. Je la congédie et elle revient le 24 février 1893.

Les règles sont revenues le 9 février, plus abondantes, dit-elle, qu'à l'ordinaire. L'utérus a repris à peu près ses dimensions normales, mais des douleurs très vives et un écoulement sanguinolent ont persisté.

Diagnostic : fausse couche, endométrite.

Le 24 février 1892, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

A la suite de cette première séance, l'utérus expulse un flot de matières sanguinolentes. Injections boriquées.

Le même traitement par l'argent est continué deux fois par semaine ; après la cinquième séance, la guérison paraît complète.

J'ai revu et examiné la malade depuis cette époque ; la guérison s'est maintenue.

VIII. — Mme P..., vingt-six ans, se plaint de douleurs dans le ventre. Elle est accouchée au mois de février 1892. Primipare.

Elle s'est relevée quinze jours après l'accouchement, qui a été normal. Depuis cette époque, les douleurs ont été intolérables.

A l'examen, on trouve un utérus un peu gros, et à gauche une trompe, de la grosseur d'un œuf, fluctuante.

Dimensions de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre, 85 millimètres ; métrite et pyo-salpingite.

Le 15 avril 1894, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

Dans la soirée, flot de matières sanguinolentes, mélangées de pus. Le lendemain et le surlendemain, une grande quantité de pus s'écoule de l'utérus.

Irrigations boriquées à 48 degrés.

Le 19 avril, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

Le pus continue de couler, mais en petite quantité.

Les 21 et 22 avril, même traitement.

La trompe a un volume à peu près normal ; aucun écoulement ne se produit plus à dater de ce jour.

26 et 29 avril, même traitement.

A la suite de la dernière séance, la trompe a repris son volume normal, l'utérus ses dimensions habituelles, 7 centimètres. Les douleurs ont disparu.

La malade, revue trois mois après, est complètement guérie.

CONCLUSIONS.

Pour ne pas m'écarter du sujet, je n'ai fait qu'indiquer, très incomplètement, le traitement que j'ai employé contre les tumeurs fibreuses et contre les déviations utérines. Je n'avais à m'occuper, en effet, que de l'électrolyse de l'argent. Or, des observations précédentes, ainsi que d'autres observations que je n'ai pu relater, étant obligé de me limiter, nous pouvons conclure que l'électrolyse de l'argent intra-utérine, conduite suivant la méthode que j'ai indiquée, donne des résultats rapides, en général immédiats contre les pertes, aussi bien contre les métrorragies que contre les ménorragies ; que l'action décongestionnante, qui se manifeste aussi par la diminution de la tumeur, persiste longtemps encore après la séance, d'où le précepte que, chez une femme jeune, on doit éviter avec soin d'appliquer cette méthode trop près de l'époque habituelle des règles ; il m'est arrivé, au moins au début, d'observer des retards considérables, qui n'ont jamais amené d'accidents, mais qui m'obligeaient à cesser tout traitement; que chez les femmes, au contraire, dont la ménopause s'est déjà manifestée par des retards, cette action décongestionnante peut être utilement employée. L'oxychlorure d'argent, obtenu par voie d'électrolyse, constitue en outre la méthode de traitement de choix contre les métrites, parce qu'elle est aussi rapide que les autres méthodes, le curettage compris, et parce qu'elle est absolument inoffensive, indolore, et n'oblige pas les malades au repos au lit. J'ai relaté tout à l'heure l'observation d'une malade chez laquelle le curettage avait eu pour résultat la suppres-

sion prolongée des règles, qui ne sont revenues normales qu'après le traitement électrolytique que j'avais institué. Or, cet exemple de suppression des règles après le curettage n'est malheureusement pas un accident isolé, et tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer cette opération d'une façon courante, et qui ont suivi les malades, ont été à même de constater que des accidents de diverses natures, y compris parfois la stérilité, pouvaient être le point de départ d'accidents soit immédiats, soit éloignés.

On sait parfaitement aujourd'hui que le curettage n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on l'a proclamé. L'électrolyse de l'argent est au contraire absolument inoffensive.

Cette méthode m'a encore donné un résultat rapide dans un cas de pyo-salpinx. Quoique le traitement ne puisse avoir aucun avantage, si l'ostium de la trompe n'est pas perméable, comme nous n'avons aucun moyen de savoir s'il est perméable ou non, je crois qu'il est indiqué de faire au moins une ou deux tentatives, qui ne peuvent avoir aucun danger, étant donné la faible intensité du courant exigé. Le reproche, en effet, qui a été fait à l'électricité d'être dangereuse dans les pyo-salpinx, à cause des intensités élevées qui ont été tentées, ne peut être ici invoqué.

Un nombre assez grand de pyo-salpinx sont curables par cette méthode, pour autoriser des tentatives qui pourront souvent éviter à la malade une opération sanglante et une mutilation inutile. Quoique je n'aie pas eu l'occasion de traiter de salpingite catarrhale, je crois pouvoir affirmer la supériorité de la méthode sur le curettage. Ce que nous avons vu à propos de la métrite est une garantie suffisante pour qu'on soit en droit de tenter l'électrolyse de l'argent, qui doit donner des résultats supérieurs au curettage.

Enfin, je rappellerai encore ce que je disais au début de ce travail : que l'hystéromètre argent se stérilise aussi com-

plètement que possible, puisqu'il peut être porté à une température élevée sans être endommagé ; de plus, l'oxychlorure d'argent, à l'état atomique, étant un désinfectant de premier ordre, les causes d'infection n'existent pas. A ces avantages vient s'ajouter cette autre considération que des intensités très faibles sont suffisantes.

La méthode de traitement des hémorragies utérines, des métrites et de certaines salpingites, constitue en résumé, la méthode de choix, par son efficacité rapide d'abord, et ensuite par son innocuité.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (1);

Par le docteur Moncorvo, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Observation XI. *Malaria. Bronchite.* — Euclides, quatorze mois, né à Rio, présenté dans mon service le 25 août 1894. L'enfant habite une localité fort malsaine aux environs de Rio. Nutrition générale ralentie. Maigre, pâle. Ganglions périphériques hypertrophiés. Otorrhée. Coryza. Toux grasse depuis près d'une semaine, suivie ces derniers jours de l'accroissement irrégulier de la chaleur, notamment vers la tombée de la nuit. L'enfant reste alors assoupi et indifférent à ce qui se passe autour de lui. Affaiblissement de l'appétit. Langue chargée. Léger engorgement hépatique. Déjections pâteuses et fétides. Gros et petits râles disséminés dans les deux poumons. Température rectale, 38°,5. Ipéca à dose vomitive.

Le 27 août, l'ipéca n'a pu être administré qu'hier matin. Toux moins fréquente. Râles bien moins nombreux. La température

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

se maintient très élevée pendant la nuit dernière. Elle s'abaisse quelque peu le matin. Température rectale, 38°,1. Encore de l'état saburral et de l'engorgement du foie.

Potion avec 1gr,50 d'asaprol.

Le 28 août, température rectale, 37°,2. Nuit excellente. Meilleur appétit. Foie réduit à ses dimensions normales. Selles moins pâteuses. Toux plus rare. Râles diminués. Transpiration générale au cours de l'administration du médicament.

Même potion.

Le 30 août, la fièvre ne se renouvela plus. Toux presque complètement éteinte. Râles extrêmement réduits. Son appétit s'accroît, en même temps qu'il dort tranquillement.

Observation XII. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Anisio, âgé de quatorze mois, soigné dans le service à l'âge de deux mois et demi pour les symptômes d'une infection malarienne aiguë, dont il fut guéri.

Ce petit garçon, mal développé et ayant présenté des manifestations accusées de la vérole congénitale, fut ramené le 9 août, avec des signes d'une bronchite accompagnée de fièvre. Au moment de la visite, température rectale, 37°,8. Matité à la région sterno-claviculaire et aux fosses sous-claviculaires. Râles sifflants et muqueux disséminés. Mycopolyadénie cervicale. D'après la mère, l'enfant aurait contracté la coqueluche vers l'âge de six mois, à la suite de laquelle sont survenues des crises asthmatoïdes à des intervalles variés. Langue chargée. Foie et rate très gonflés. Ventre un peu ballonné. Constipation. Calomel.

Le 11 août, température rectale, 36°,8. Foie plus dégonflé. Bichlorhydrate de quinine dans une potion pour être répétée pendant trois jours de suite.

Le 16 août, température rectale, 37 degrés. La chaleur se relève invariablement pendant la nuit. Hier, une indigestion déterminée par un écart de régime.

Calomel. On revient à la quinine à la dose de 1 gramme en potion.

Le 23 août, température rectale, 40 degrés. Rate encore gonflée. État saburral plus marqué. Râles sibilants et ronflants épars. Rudesse respiratoire.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 24 août, température rectale, 39°,4. Nuit plus calme. Transpiration profuse sous l'influence du médicament. État saburral. Foie et rate encore gonflés.

On répète la potion à l'asaprol.

Le 25 août, température rectale, 39°,6. Transpiration fréquente. Les phénomènes thoraciques persistent. Prostration. Inappétence.

Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 27 août, la potion fut répétée hier. Température rectale, 37°,7. Respiration bien moins rude. Toux plus rare. Transpiration.

On abaisse la dose de l'asaprol à 1 gramme.

Le 28 août, température rectale, 37 degrés. Plus d'appétit. Transpiration déjà presque nulle. Atténuation des symptômes bronchiques. Quelques gros râles à peine. Pas de trace d'albumine dans l'urine. Foie encore un peu gonflé.

Calomel. On relève la dose du médicament à celle de 2 grammes.

Le 30 août, température rectale, 37°,4. Plus d'accès dans la nuit. Toux rare. Sommeil calme. Foie et rate réduits. Respiration beaucoup plus libre.

Interruption de l'asaprol depuis trente-six heures.

L'enfant passe alors à l'usage de l'iodure de potassium, On l'examine pendant plusieurs jours de suite et l'on n'a plus lieu de constater l'élévation de la chaleur du corps.

Il reste soumis à l'iodo-thérapie.

Observation XIII. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria.* — Americo, quinze mois, né à Rio, admis dans mon service à la policlinique, le 22 août 1894. Le premier né. Père syphilitique. Régime vicieux dès le début. Déformations rachitiques du crâne

et des os longs. Ganglions périphériques tuméfiés. Toux coqueluchoïde depuis huit jours, accompagnée de fièvre à type rémittent avec exacerbations nocturnes. Langue légèrement chargée. Constipation. Rate hypertrophiée. Lobe gauche du foie gonflé. Appétit très affaibli. Ventre ballonné. Quelques râles ronflants disséminés des deux côtés. Température rectale, 38°,3. Calomel, 30 centigrammes. Asaprol, 1 gramme dans une potion.

Le 24 août, bien que la potion à l'asaprol ait été épuisée depuis la veille au matin, la température, qui avait baissé à la normale, s'y est maintenue jusqu'au moment de la visite. Langue plus nette. Ventre flasque. Appétit plus relevé.. Foie et rate encore quelque peu augmentés. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 25 août, température toujours normale. Râles presque éteints. Foie et rate dégonflés. Langue nette. Bon appétit. La toux revêt les caractères classiques de la coqueluche, et la compression du cartilage thyroïde éveille des quintes.

Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 27 août, la chaleur du corps ne se releva plus. Coqueluche promptement enrayée avant d'atteindre sa période convulsive.

Le 30 août, la chaleur se releva quelque peu. Température rectale, 38 degrés. Foie et rate non tuméfiés. On reprend la potion à l'asaprol.

Le 31 août, température rectale, 37 degrés. Très bon appétit. Sommeil calme. Selles normales. Toux rare et plus quinteuse. On maintient la même potion.

Le 3 septembre, apyrexie. Toux éteinte. Excellente mine. Fonctions digestives physiologiques.

Comme complément du traitement antimalarien, on lui prescrit l'usage de l'arsénic.

Je le revois le 12 septembre, et je constate l'amélioration progressive de la nutrition générale.

Observation XIV. *Hérédo-syphilis. Épilepsie bravais-jaksonienne. Hémiplégie gauche. Malaria.* — Alexandre, quinze mois,

né à Rio, admis dans mon service à la policlinique, le 1er septembre 1894. Le deuxième de deux enfants. Allaitement artificiel dès le début. Dentition après un an. A l'âge de trois mois, convulsions épileptiformes bornées au côté gauche durant plus d'une semaine, auxquelles succéda une hémiplégie du même côté, aujourd'hui moins accusée au bras gauche. Développement intellectuel fort arriéré. Vocabulaire presque nul. Crises fréquentes d'irritabilité. Sommeil toujours agité et interrompu. La peau du tronc et des jambes parsemée de papules. Ganglions périphériques assez tuméfiés. Il y a trois jours, apparition de fièvre continue avec des oscillations irrégulières. Température rectale, 38°,2. Courbature. Peau sèche. Pas de frissons ni de transpirations. Langue très chargée. Perte complète de l'appétit. Le foie et la rate notoirement tuméfiés et sensibles à l'examen. Ventre ballonné. Constipation. Insomnie. Agitation très marquée dans la nuit. Grognon, se prêtant assez difficilement à l'examen.

Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 4 septembre, abaissement de la chaleur fébrile aussitôt l'administration de la première potion asaprolée. Celle-ci fut par mégarde interrompue depuis hier à l'après-midi. Au cours de la nuit, la température commença à remonter, et au moment de la visite elle est à 38°,9. État saburral pourtant moins accusé; aussi le foie et la rate se montrent sensiblement réduits. Enfant plus calme qu'au début.

On insiste sur l'administration de l'asaprol à la même dose en potion.

Le 6 septembre, température rectale, 37°,4. Insomnie et agitation pendant les deux dernières nuits. Foie encore légèrement engorgé. Constipation. Ventre ballonné.

Calomel. Potion à l'asaprol (1 gramme). Trional, 25 centigrammes avant le coucher.

Le 13 septembre, pas de circonstances imprévues. La potion d'asaprol a cessé d'être administrée dès le 8 septembre. La fièvre se ralluma en conséquence, l'enfant présentant alors une température rectale de 39 degrés. État saburral plus accusé. Appétit

affaibli. Ventre ballonné. Constipation. Foie et rate plus augmentés. Calomel, 30 centigrammes. Nouvelle potion à l'asaprol.

Le 14 septembre, température rectale, 38°,3. Le foie et la rate plus dégonflés. Langue plus nette. Selles provoquées par le calomel. On fait répéter la potion avec l'asaprol.

Le 15 septembre, température rectale, 37°,3. Toux sèche et piquante. Quelques ronchus épars. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales.

Potion à l'asaprol, alternant avec une autre au terpinol.

Le 17 septembre, nouvelle interruption de l'asaprol depuis la veille. Ce matin, la chaleur se relève un peu. Température rectale, 37°,8. Ventre de nouveau ballonné. Constipation opiniâtre. Appétit plus accusé. Nuits plus calmes.

Calomel. Potion à l'asaprol (1 gramme).

Le 22 septembre, température rectale, 37 degrés. Bon appétit. Langue beaucoup plus nette. Dort bien. Foie et rate non augmentés. L'asaprol fut encore une fois renouvelé ; puis, la fièvre n'ayant plus reparu, d'une part, et, d'autre part, la provision dont je disposais s'étant épuisée, j'ai été forcé de l'interrompre.

L'enfant resta cependant tout à fait apyrétique jusqu'au 29 septembre. Ce jour-là, la chaleur s'étant relevée à 37°,8, j'ai eu recours alors à l'emploi d'une potion renfermant de la quinine, qui l'a fait redescendre à son degré normal.

Observation XV. *Malaria.* — Adelia, douze ans, née à Rio, amenée à mon service le 25 août 1894. Cette fillette, qui habite une localité malsaine aux environs de Rio, a été prise de fièvre depuis les quatre derniers jours. La chaleur se maintient peu au-dessus de la normale pendant la journée, mais dans la nuit elle s'accroît à 39 degrés, pour redescendre vers le lever du jour, la peau se couvrant alors d'une transpiration peu marquée. Abattement. État saburral. Céphalée très accusée. Névralgie ciliaire. Conjonctive quelque peu injectée. Photophobie. Larmoiement. Jointures douloureuses. Foie extrêmement volumineux et fort sensible à la palpation. Rate aussi augmentée.

Calomel suivi d'une potion renfermant 2 grammes d'asaprol.

Le 27 août, température autour de 38 degrés. Malgré l'effet du calomel, langue encore chargée, mais l'appétit plus relevé. Foie fort diminué de volume. Rate ayant presque entièrement repris ses dimensions physiologiques. Céphalée éteinte. Névralgie oculaire sensiblement amendée. Plus de photophobie ni de larmoiement. Asaprol, 2 grammes en potion.

Le 28 août, langue plus nette et plus humide. Le foie et la rate avec leurs dimensions normales. La chaleur se maintient au-dessous de 38 degrés. Meilleur appétit. Cessation de la névralgie oculaire. Sommeil calme.

Je fais refaire la potion à l'asaprol, toujours à la dose de 2 grammes.

Le 30 août, plus d'accablement. Névralgie oculaire éteinte. Langue nette. Bon appétit. Fonctions digestives régulières.

Les faits qui viennent d'être relatés semblent mettre hors de doute l'efficacité de l'asaprol dans le traitement du paludisme infantile. Bien qu'on possède, dans la quinine et ses composés, une ressource précieuse contre cette affection, personne n'ignore cependant les obstacles si souvent opposés dans la pratique à leur administration aux jeunes sujets. C'est pour cela que je ne cesse d'étudier le pouvoir antimalarien des divers agents médicamenteux utilisables dans un tel but. C'est ainsi que je parvins à introduire, dans le traitement de la malaria infantile (1), l'emploi de l'*Helianthus annuus*, plante de la famille des synanthérées, aussi bien que celui du bleu de méthylène, lesquels m'ont fourni, jusqu'ici, des résultats assez satisfaisants, tout en étant, d'un autre côté, très bien acceptés et tolérés par les petits malades.

Quand il s'agit d'étudier les propriétés thérapeutiques de

(1) Moncorvo, *Nouveaux traitements de la fièvre paludéenne dans l'enfance*. Communication faite à la Société de thérapeutique de Paris dans la séance du 11 février 1893. Paris, 1893, O. Berthier, éditeur.

ce dérivé soluble du naphtol β, je pensai qu'il conviendrait de le tenter dans le cas d'infection malarienne, en l'essayant dans toutes les périodes de l'enfance, à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes par vingt-quatre heures, administrées en fractions dans une potion. Presque toujours parvient-il à faire baisser la chaleur, tout en modifiant plus ou moins promptement le type de la fièvre. Aussi, on a vu s'atténuer ou disparaître les autres manifestations de l'infection, telles que la courbature, l'agitation, l'insomnie, l'état saburral, la congestion hépatique ou splénique, l'oligurie, etc. Dans un certain nombre de cas de ce genre soumis à l'influence du médicament, on a pu observer l'apparition d'une transpiration parfois copieuse, notamment lorsque la dose employée était au-dessus de la moyenne. Quoi qu'il en soit, cette diaphorèse fut toujours moindre que celle provoquée en général par l'antipyrine, la thalline, l'acétanilide, etc.

Pas une seule fois il ne me fut donné d'observer non plus des frissons à une nouvelle ascension thermique, et encore moins du collapsus, bien que mes petits malariens, en outre de leur accablement produit par la maladie actuelle, fussent des enfants chétifs, mal nourris, mal logés, la plupart d'entre eux (8 sur 15) ayant leur nutrition ralentie par la vérole congénitale. Il y a donc lieu de poursuivre ces recherches, tellement les résultats de mes premiers essais à ce sujet se montrent encourageants.

Je n'ai point trouvé sous la main, au cours de mes recherches, des faits dans lesquels le pouvoir analgésique du médicament ait pu être apprécié d'une façon toute particulière. Son influence sur la douleur ne manque pourtant pas d'être évidente chez les petits sujets traités pour des affections infectieuses générales. C'est ainsi que les coliques, observées au cours de l'intoxication malarienne, se sont sensiblement amendées à la suite de l'emploi du médicament. Aussi,

chez le petit garçon de l'observation III, on a vu des arthralgies assez marquées disparaître aussitôt après son administration.

Enfin, dans le cas de l'observation XV, une névralgie oculaire très marquée ne tarda point à s'amender et à disparaître promptement sous l'influence de l'asaprol.

B. *Tuberculose à marche aiguë.* — Les observations qui suivent font voir que le dérivé soluble du naphtol peut bien être utilisé avec profit dans le traitement de la tuberculose aiguë, chez les enfants, bien qu'il échoue dans beaucoup de cas dont la marche rapide du mal ne peut plus être enrayée par aucune espèce de traitement, alors que la fièvre pourrait toujours être absolument indifférente aux plus puissants antipyrétiques connus essayés contre elle.

Je tentai, dans ce but, l'emploi du nouveau médicament à la dose de 3 grammes par vingt-quatre heures, administrée par fractions, et ici, comme dans les cas de malaria, il fut toujours assez bien toléré, en ramenant, dans quelques cas moins rebelles, la chaleur à la normale, tout en éveillant la transpiration, l'accroissement, la diurèse, en exerçant d'ailleurs, sur le système nerveux, une action calmante souvent bien marquée.

Observation XVI. *Tuberculose. Adénopathie trachéo-bronchique.* — Auridia, huit mois, amenée dans mon service le 16 août 1894. Allaitement maternel exclusif. Fontanelle presque entièrement fermée. Fièvre à type rémittent à oscillations très variables, survenue depuis près de deux mois en même temps que de la toux, tantôt grasse, tantôt sèche, mais toujours plus accusée dans la nuit. Souffle pré-vertébral à droite. Submatité à la région sterno-claviculaire droite. La toux est devenue coqueluchoïde et amène souvent des vomissements. Point de reprises. La compression du cartilage thyroïde, aussi bien que la titillation de l'épiglotte, n'éveillent guère la toux. L'enfant a toujours co-

habité avec une tante maternelle affectée de tuberculose avancée. Mycopolyadénie cervicale et inguinale. Elle maigrit progressivement. Température rectale, 37°,8.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 17 août, température rectale, 38 degrés. La potion à l'asaprol fut bien tolérée. Pendant la nuit dernière, la chaleur ne s'éleva point au-dessus de 38 degrés. Sous l'influence du médicament, la peau se couvrit de sueur, surtout au cou et à la poitrine. La toux s'amenda quelque peu et le sommeil fut plus calme. On insiste sur l'administration de l'asaprol à la même dose.

Le 18 août, température rectale, 37°,6. Toux sensiblement diminuée. Sommeil réparateur. La peau se tient humide et la quantité de l'urine a sensiblement augmenté. L'état général de l'enfant s'est évidemment amélioré. Malheureusement, sa mère, quoique très satisfaite de ce premier résultat, le retire du service, bien que je lui eusse conseillé de poursuivre l'emploi de l'asaprol. Malgré cette interruption prématurée du traitement, l'efficacité du médicament n'a pas manqué cependant de se révéler, tant du côté de la température que du côté du système nerveux.

Observation XVII. *Rachitisme. Malaria. Tétanie. Tuberculose.* — Raphaël, treize mois, né à Rio, amené dans mon service le 28 août 1894. Mère très nerveuse et hystérique, ayant succombé à la fièvre jaune. Père doué d'une bonne constitution.

Cet enfant m'avait d'abord été présenté dans mon cabinet, en proie alors à un accès violent de fièvre qui datait de plusieurs jours, compliquée d'un cortège de symptômes graves : convulsions cloniques générales survenant à des intervalles variables. Tétanie aux membres supérieurs. Strabisme double convergent. Œdème des membres inférieurs. Grande agitation. Gémissements répétés. Toux grasse. Râles bronchiques dans les deux poumons. Submatité aux fosses sous-claviculaires et à la moitié inférieure de la face postérieure du thorax. État saburral fort accusé. Foie et rate extrêmement tuméfiés. Crâne natiforme. Tibias courbés. Polyadénie cervicale et inguinale.

Sous un traitement approprié, ayant pour base la quinine, suivi de l'administration du trional, la situation s'apaisa, la fièvre tomba, les convulsions disparurent, le calme se rétablit, bien toutefois que la tétanie de même que l'œdème des membres n'eussent point cessé de suite, l'examen de l'urine n'y décelant pourtant pas de traces appréciables d'albumine.

Le 29 août, bien que l'enfant se trouvât encore apyrétique, je lui ai prescrit une nouvelle potion avec 1 gramme de bichlorhydrate de quinine. Le lendemain, la chaleur se relevait pourtant à 38 degrés, en même temps que l'enfant redevenait agité et grognon.

Le 1er septembre, même température, malgré l'administration de la quinine à la dose de 1 gramme, qui est renouvelée.

Le 2 septembre, température rectale, 38 degrés. Nuit mauvaise. Ventre ballonné. Constipation. Rate hypertrophiée. Langue nette. Bon appétit. Œdème des jambes éteint, mais on en trouve autour des paupières. Quantité de l'urine à peu près normale. Respiration toujours rude dans toute l'étendue des deux poumons.

Calomel, suivi d'une potion avec 1g,50 de chlorhydrate de phénocolle.

Le 3 septembre, température autour de 38 degrés. Diminution de l'œdème. Diurèse augmentée. Agitation. Insomnie. Ventre ballonné. Rate augmentée.

Trional, 25 centigrammes. Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 5 septembre, température rectale, 38°,7. Toux sèche. Souffle au long du poumon gauche. Matité thoracique un peu plus marquée. Sommeil calme sous l'influence du trional. Ventre toujours ballonné. Rate hypertrophiée. Bon appétit. Trois grammes d'asaprol en potion.

Le 6 septembre, température rectale, 39°,3. Encore du souffle. Râles fins dans la base du poumon gauche. Rate hypertrophiée. Ventre ballonné. Pas d'albumine dans l'urine. Langue non chargée aux bords rougeâtres. Réapparition de l'infiltration péripalpébral et intersuperciliaire. Transpiration dans la nuit. Pros-

tration. Calomel. Badigeonnage à la teinture d'iode sur la paroi thoracique postérieure. Potion avec 3 grammes d'asaprol.

Le 7 mai, mêmes conditions thoraciques. Dyspnée. Toux. Dans la dernière nuit, la chaleur baissa jusqu'à la normale, en même temps que la peau se baignait de sueur. Ventre plus flasque. Rate toujours hypertrophiée.

Asaprol à la même dose. Potion alcoolique.

Le 8 septembre, température rectale, 37°,6. Forces quelque peu relevées. Matité moins accusée à la moitié gauche de la paroi postérieure du thorax. Souffle presque nul. Diminution de l'œdème fronto-palpébral. Diurèse très augmentée. Ventre plus flasque.

Potion alcoolique, alternant avec une autre renfermant 3 grammes d'asaprol.

Le 9 septembre, température rectale, 37°,4. Respiration beaucoup moins rude et moins accélérée. Toux plus rare. Plus de souffle. Sonorité thoracique un peu plus claire. Le ventre nouvellement ballonné. Selles lientériques.

Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 10 septembre, température rectale, 37°,6. Respiration plus douce. Ventre quelque peu aplati. Diurèse plus abondante. Œdème plus marqué.

Calomel suivi d'une potion à la caféine.

Le 12 septembre, température rectale, 37°,3. Excitation cérébrale ; l'enfant, agité et grognon, se frotte continuellement les yeux, qui sont rouges et entourés d'un œdème plus marqué. Insomnie.

Je le soumets alors à l'usage de l'iodure de potassium, à l'arsenic, ainsi qu'à celui du trional dans la nuit.

L'enfant éprouvait quelque amélioration du côté de l'irritabilité cérébrale lorsque, le 24 septembre, la fièvre se ralluma avec l'aggravation des accidents cérébraux aussi bien que des phénomènes thoraciques. Sans interrompre l'emploi de l'iodure, j'ai été alors forcé de recourir à l'administration de la quinine, car ma provision d'asaprol venait justement de s'épuiser. Mais je dois ajouter

que les effets obtenus de cette dernière ne surpassèrent pas alors ceux recueillis de l'emploi de l'asaprol.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'un enfant manifestement tuberculeux, chez lequel une affection malarienne d'une extrême gravité est venue donner un véritable coup de fouet à la marche torpide de la bacillose. Or, ces derniers accidents une fois conjurés par un traitement où figurait la quinine à haute dose, on a vu aussitôt survenir les signes indicatifs de l'évolution plus accélérée de la tuberculose. La fièvre alors s'alluma tout en demeurant de plus indifférente à l'action de la quinine d'abord et ensuite du chlorhydrate de phénocolle. Ce fut dans cette circonstance que je m'adressai à l'asaprol, dont j'élevai la dose à 3 grammes par vingt-quatre heures, et je ne tardai guère à en constater la suite heureuse. La chaleur s'abaissait de 39°,3 à 37°,6 et enfin à 37°,4, en même temps que la peau recouvrait ses fonctions normales, la diurèse augmentait et les accidents bronchopulmonaires s'amendaient sensiblement.

Observation XVIII. *Hérédo-syphilis. Tuberculose. Malaria.*— Annibal, deux ans, amené dans mon service le 7 juillet 1894. Allaitement artificiel. Troubles digestifs accusés dès les premiers mois. Coryza et efflorescences cutanées dès le début. Dentition au dixième mois. Incapable de marcher. Fièvre palustre à trois reprises, compliquée de convulsions.

Toux sèche et rauque assez fréquente. Maigreur marquée. Ventre gros. Peau sèche, exubérante et parsemée de papules miliaires. Polyadénopathie. Crâne natiforme. Coryza aggravé. Conjonctivite double. A partir de huit jours, fièvre rémittente à exacerbations vespérales coïncidant avec hypothermie périphérique et prostration.. Toux quinteuse coqueluchoïde. Râles sibilants épars. Submatité thoracique. Inspiration rude à la fosse sous-claviculaire gauche. État saburral. Diarrhée fétide. Rate hypertrophiée.

Le traitement a consisté dans l'administration d'une prise de calomel suivie de celle de la quinine, de l'antipyrine et de la créo-

sote de hêtre, en même temps qu'on faisait de l'antisepsie intestinale au moyen du benzo-naphtol, du salicylate de bismuth et des lavages d'eau bouillie.

Grâce à ces moyens, on a pu constater un certain degré d'amélioration, tant du côté de l'état général que de celui de l'appareil respiratoire et digestif.

Le 2 juillet, l'enfant présentait quelques modifications favorables du côté de sa nutrition et avait gagné 400 grammes de son poids. La toux était moins opiniâtre, l'appétit s'était quelque peu relevé, la rate s'était dégonflée, mais la chaleur ne baissait jamais à la normale ; les selles diarrhéiques pas aussi nombreuses, mais encore fétides.

Je me décide alors à tenter l'emploi de l'asaprol, que j'administre à la dose de 50 centigrammes en potion, en même temps que je l'ordonne sous la forme d'une solution à 2 pour 100 pour des lavages de l'intestin.

Le 4 juillet, température rectale, 38 degrés. Déjections encore fétides.

J'élève la dose du médicament à 1 gramme. On répète les lavages de l'intestin avec la même solution asaprolée.

Le 6 juillet, température rectale, 38°,3. Diarrhée presque éteinte. Toux plus rare. Plus de râles ronflants et sibilants.

Potion avec 2 grammes d'asaprol. Lavages asaprolés de l'intestin.

Le 7 juillet, température rectale, 39 degrés. Réapparition des râles.

Je me décide, en conséquence, à essayer le chlorhydrate de phénocolle. L'action antithermique de ce médicament ne manqua pas d'être constatée d'une façon plus ou moins durable, mais avec une certaine tendance de la chaleur à se relever, bien que le chlorhydrate de phénocolle n'eût cessé d'être administré pendant près de deux mois de suite.

Observation XIX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculose. Adénopathie bronchique.* — Idalina, trois ans, admise dans mon

service le 16 août 1894. La quatrième de six enfants, dont deux morts déjà. Mère régulièrement constituée. Père poitrinaire. Coryza dès le début. Éruptions cutanées et croûtes au cuir chevelu. Mycopolyadénie cervicale. Déformations rachitiques. Dentition et marche vers le dix-huitième mois. Depuis quinze jours, survinrent des symptômes de bronchite accompagnés de réaction fébrile plus accusée dans la nuit. Trois ou quatre déjections fétides dans les vingt-quatre heures. Submatité à la moitié inférieure de la paroi postérieure. Râles sibilants et sous-crépitants des deux côtés. A la partie antérieure, submatité aux fosses sous-claviculaires, notamment à gauche, aussi bien qu'au niveau de la région sterno-claviculaire droite. Inspiration soufflante aux deux sommets, surtout à gauche. Toux bruyante et quinteuse devenant beaucoup plus intense et fréquente la nuit ; elle simule alors les quintes de coqueluche et s'accompagne d'une dyspnée assez marquée. D'après sa mère, des crises pareilles lui sont survenues depuis l'âge de deux ans, avec des intervalles variant d'une semaine à deux mois. État saburral. Inappétence. Température rectale, 38 degrés. Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 18 août, température rectale, 38°,6. Diarrhée assez amendée. Toux moins quinteuse.

Je substitue le chlorhydrate de phénocolle à l'asaprol, à la dose journalière de 75 centigrammes.

Le 20 août, malgré l'administration suivie du médicament pendant quarante-huit heures, la température se maintient à 38°,2. Inspiration plus soufflante à gauche.

Je m'adresse alors de nouveau à l'asaprol, que je prescris à la dose de 1 gramme en potion.

Le 22 août, température rectale, 38°,8. La fièvre n'a jamais fait de rémission, et au cours de la dernière nuit, la chaleur monta à plus de 39 degrés. Inspiration toujours assez rude et soufflante aux deux sommets, surtout à gauche. Cependant les crises asthmatoïdes suivent une marche régressive ; la toux est déjà très passagère, en même temps que les râles sibilants ont

de beaucoup diminué. L'état saburral et la diarrhée amendés. L'appétit pourtant assez faible.

J'élève la dose de l'asaprol à 2 grammes pour les vingt-quatre heures.

Le 23 août, température rectale, 40°,2. Souffle du sommet à la base du poumon gauche. Matité dans toute la moitié gauche du thorax. Dyspnée. Toux sèche. État saburral. Soif. Anorexie. Pas de gonflement appréciable du foie ni de la rate. Prostration. Sous l'influence de l'asaprol, la peau se couvre d'une sueur générale mais peu abondante.

Asaprol, 3 grammes en potion. Badigeonnages à la teinture d'iode sur la paroi thoracique postérieure.

Le 25 août, 39°,9. Les conditions thoraciques restent à peu près les mêmes. Toux sèche. Dyspnée. Sommeil interrompu. J'ordonne encore de l'asaprol, toujours à la dose journalière de 3 grammes, tout en faisant pratiquer un nouveau badigeonnage à la teinture d'iode. Mais, comme la mère se décide à l'emmener à la campagne, je suis empêché de poursuivre mes recherches chez cette petite malade.

Ces deux dernières observations, prélevées parmi bien d'autres analogues, permettent de voir que l'asaprol, encore même à des doses élevées et répétées, reste souvent incapable d'agir efficacement contre l'élément thermique au cours d'une tuberculose à marche aiguë. Cela n'amoindrit certainement pas sa valeur comme agent antipyrétique ; aussi, il m'a été maintes fois donné, pendant mes recherches à ce sujet, d'appeler l'attention de mes élèves sur plusieurs insuccès analogues arrivés à d'autres agents antithermiques réputés. Ici même, on a pu voir le chlorhydrate de phénocolle échouer avant l'emploi de l'asaprol. D'ailleurs, rien ne prouve, à l'heure qu'il est, que ce dernier, pas plus que l'antipyrine, la phénacétine, etc., possèdent une action spécifique contre le bacille de la tuberculose. C'est donc là une voie ouverte à de nouvelles recherches.

C. *Broncho-pneumonie.* — Soit que j'eusse tombé sur des cas d'une gravité particulière, soit que le traitement soit parfois arrivé déjà assez tard pour agir efficacement, toujours est-il que les effets jusqu'ici retirés de l'asaprol dans le cas de broncho-pneumonie chez les jeunes sujets n'ont point été parfois assez satisfaisants. D'un autre côté, le nombre relativement restreint de faits de cette nature traités par ce médicament est loin encore d'être assez nombreux pour autoriser un jugement définitif.

Je ne renoncerai pourtant nullement à son essai dans d'autres circonstances analogues, ce que je tâcherai de réaliser aussitôt que de nouveaux échantillons du médicament me seront parvenus. Les deux observations que je vais relater donnent à peu près une idée des résultats recueillis chez les petits enfants.

Observation XX. *Hérédo-syphilis. Broncho-pneumonie.* — Eponina, deux mois, née à Rio, présentée dans mon service le 21 août 1894. Père ayant eu des accidents vénériens. Nourrie au sein par sa mère. Coryza dès les premiers jours. Fontanelle antérieure trop large. Ganglions sous-occipitaux tuméfiés. A partir d'une semaine, apparition d'une toux grasse augmentant graduellement de fréquence et s'accompagnant de l'accroissement de la chaleur pendant les cinq derniers jours. Râles sous-crépitants en plus grand nombre au poumon gauche. Dans la nuit, la respiration s'accélère et la température s'exagère. L'enfant s'agite et pleure à tout instant. Langue chargée. Ventre ballonné.

Température rectale, 38°,2.

Selles répétées et panachées.

Potion avec 25 centigrammes d'asaprol. Irrigations nasales avec une solution d'asaprol à un demi pour 100.

Le 23 août, râles sous-crépitants au tiers inférieur des deux poumons. Matité à la partie inférieure de la paroi postérieure du thorax.

Température rectale, 37°,7. Dyspnée.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 25 août, les deux poumons plus largement envahis. Râles fins à la base du poumon gauche. Matité accrue. Encore de la diarrhée.

Température rectale, 38 degrés.

On répète la potion à l'asaprol.

Pendant la nuit qui suivit, les accidents thoraciques s'aggravèrent rapidement, la chaleur s'éleva à 40 degrés, et l'enfant succomba au lever du jour, en proie à une angoisse extrême.

Observation XXI. *Hérédo-syphilis. Broncho-pneumonie.* — Pierre, trois mois, né à Rio, amené dans mon service le 28 août 1894. Le dernier de sept enfants, dont trois morts. Ses frères et sœurs ont présenté des manifestations de la vérole congénitale. Allaitement mixte. Alopécie. Ganglions sous-occipitaux tuméfiés. Toux datant d'une semaine. Mouvement fébrile depuis près d'un mois, avec des exacerbations nocturnes. État saburral. Coliques. Ventre ballonné. Selles diarrhéiques fréquentes pendant les trois derniers jours. Dans la nuit, insomnie, agitation, pleurs, gémissements. Submatité à la partie postérieure du thorax. Des râles ronflants et muqueux épars des deux côtés. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 29 août, température rectale, 37°,7. La chaleur s'élève à 39 degrés au cours de la nuit précédente. Grande agitation. Dyspnée un peu amendée au moment de la visite. Toux plus fréquente et plus forte. La sonorité de la paroi thoracique plus rapprochée de la normale. Ventre encore ballonné.

On insiste sur l'administration de la potion.

Le 1er septembre, température rectale, 37°,5. Souffle peu marqué au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Encore des râles épais. Même potion.

Le 3 septembre, température rectale, 38 degrés. Mauvaise nuit, insomnie, agitation. Toux de plus en plus fréquente. Les signes physiques un peu plus marqués. Selles normales.

Badigeonnage de teinture d'iode sur la paroi postérieure du

thorax. Encore la potion avec de l'asaprol à la dose de 1 gramme.

Le lendemain matin, la mère l'emmena à la campagne et je ne la revis plus.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Traitement des métrites;

Résumé par A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

Le docteur Raffray, ancien interne des hôpitaux, dans sa thèse inaugurale : *Des métrites, considérations cliniques et thérapeutiques*, Paris, 1895, décrit le traitement des métrites d'après la méthode employée dans les services gynécologiques par ses maîtres et par lui-même.

Il divise les métrites en deux classes principales comprenant les causes les plus fréquentes, et en une troisième classe dont les causes sont rares. La métrite étant une maladie infectieuse locale, qui se présente le plus souvent dans la période d'activité sexuelle de la femme, reconnaît dans son étiologie deux grandes causes :

1° L'accouchement, surtout laborieux, avec déchirure du col, ouvrant ainsi une porte d'entrée aux agents infectieux, le plus souvent le streptocoque, et l'avortement : métrites par infection puerpérale ;

2° La blennorragie aiguë et la blennorragie due à la goutte militaire de l'homme au moment d'une poussée subaiguë à la suite d'excès produisant l'infection de la femme : métrites blennorragiques ;

3° Exceptionnellement enfin, la métrite peut être due à un examen malpropre, à une opération non aseptique pra-

tiquée sur l'utérus, soit enfin aux microbes qui habitent la cavité vaginale à l'état normal.

Nous n'envisagerons, dans ce travail remarquable, que le chapitre qui doit nous occuper ici, celui du traitement des métrites.

Les métrites constituent des affections qui demandent à être énergiquement traitées. Leur tendance à la chronicité, l'influence fâcheuse qu'elles exercent sur l'état général des malades, les complications qui peuvent survenir du côté des annexes et devenir de ce fait un grave danger pour la femme, montrent suffisamment combien il est important pour le praticien d'en débarrasser les malades.

La métrite, comme toutes les affections à causes et à formes diverses, ne relève pas d'un traitement unique. Ce traitement est variable suivant la variabilité des métrites; il comprend :

a. Le traitement prophylactique;
b. Le traitement opératoire;
c. Les soins pré ou post-opératoires.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

La métrite étant toujours de nature infectieuse, la prophylaxie est basée sur cette étiologie.

Contre les causes prédisposantes, les mauvais états diathésiques, traitement médical : hydrothérapie, arsenic, fer, etc.

Contre les affections atténuées relevant des micro-organismes habituels de la cavité vaginale :

Le bock injecteur doit faire partie du cabinet de toilette de toute femme soucieuse de sa santé, et par une injection avec un liquide antiseptique quelconque, faite chaque matin, elle assurera une propreté suffisante de ses voies génitales. Contre les agents infectieux, causes ordinaires des métrites, les vrais ennemis à combattre, le streptocoque, agent des

métrites puerpérales, le gonocoque, agent des métrites blennorragiques, l'infection étant presque toujours de cause externe, on devra leur opposer les principes de l'antisepsie, qui aujourd'hui sont *des lois* pour le praticien.

1° *Accouchement.* — L'auteur insiste avec juste raison sur les moyens prophylactiques à prendre pendant et après l'accouchement.

Avant l'accouchement. — Chaque malade, à son entrée à l'hôpital, est envoyée au bain. Si le travail est trop avancé, on se contente d'une toilette des organes génitaux externes, faite au savon et à la brosse, et d'une injection vaginale faite au sublimé au quatre-millième. Pendant la durée du travail, on fait encore une ou deux injections avec la même solution.

Le toucher vaginal est pratiqué aussi rarement que possible, car il suffit de pratiquer l'auscultation de temps à autre, afin de s'assurer que tout va bien et que l'enfant ne souffre pas.

Le toucher sera aussi aseptique que possible ; les mains seront soigneusement lavées, brossées, trempées dans une solution de sublimé au millième. Les ongles seront coupés courts et curés avec soin. Si par hasard on avait touché à du pus ou fait une autopsie ou donné des soins à une puerpérale, on devrait, autant que possible, s'abstenir d'assister la femme ; en cas de force majeure, on ne le ferait qu'après une toilette qui ne saurait être trop minutieuse ; c'est là qu'interviennent le brossage longtemps répété et l'immersion des mains dans le permanganate de potasse, le bisulfite et l'eau phéniquée forte. En cas d'une intervention quelconque, la malade sera nettoyée très sérieusement intérieurement et extérieurement.

Les instruments, forceps, ballon, seront flambés ou bouillis, et les avant-bras l'objet d'une toilette sévère.

Une fois ces conditions réalisées, l'accoucheur est en droit

de se livrer à l'intervention qu'il veut, sans avoir le moindre doute sur le succès qui l'attend.

C'est surtout dans les cas de délivrance artificielle que la propreté est de rigueur.

Accouchement terminé. — L'accouchement une fois terminé et la délivrance faite, on procédera de la façon suivante :

Immédiatement après la naissance de l'enfant, on pratique une injection vaginale. Le délivre ayant été extrait, on fait une injection intra-utérine avec du sublimé au quatre-millième à moins de contre-indications : albuminurie, hémorragie grave, auquel cas on use de l'eau phéniquée. Il faut, bien entendu, être sûr de son matériel à injection, eau et canule. Dans les jours qui suivent, on donne à la femme deux injections par jour, et ce n'est que dans les cas où l'écoulement devient fétide que ce nombre est porté à quatre ou six. Les malades quittent l'hôpital ordinairement au bout de 8 à 12 jours, souvent l'exeat étant demandé avec insistance par la malade elle-même ; dans la pratique de la ville, on ne donnera l'autorisation de quitter le lit qu'à la fin de la troisième semaine, car à ce moment l'utérus a accompli sa régression et tout danger de contamination est dès lors évité.

2° *Blennorragie.* — Le médecin ne saurait trop se convaincre de la gravité de cette affection chez l'homme et le devoir qui lui incombe de la combattre avec acharnement, afin de diminuer les contagions encore si fréquentes. La *goutte militaire*, si elle n'est pas de nature contagieuse pendant toute sa durée, est susceptible de le devenir sous certaines influences, excès de coït, de table, de boissons, et la blennorragie peut alors être transmise à la femme avec toutes ses conséquences. Le médecin ne devra donc pas manquer de prévenir son client du danger qu'il fait courir à sa femme, et son devoir est de lui interdire le mariage

avant sa guérison complète. Contre les vieilles gouttes militaires, on devra donc employer les traitements d'usage et ne permettre le mariage, d'après le travail de Finger et les recherches de Janet, que lorsque :

a. L'examen bactériologique de la goutte matinale ne révélera pas la présence du gonocoque ou de tout autre micro-organisme.

b. L'examen de l'urine fera constater *l'absence* de filaments et de grumeaux dans le deuxième verre de la miction.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Le traitement opératoire des métrites varie suivant la forme (*aiguë ou chronique*), les différentes variétés et l'état plus ou moins avancé des lésions. L'auteur n'envisage que les métrites aiguës ou chroniques, sans lésions des annexes, les cas d'endométrite simple.

Métrite aiguë succédant à l'accouchement ou à l'avortement. — Pour les uns, curettage suivi d'injections intra-utérines jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre. Les autres, avec Pinard, Tarnier, préfèrent les injections intra-utérines continues.

L'auteur, sans rejeter ces méthodes, pense qu'on peut arriver au même résultat plus facilement.

D'abord, le curettage pratiqué dans ces conditions constitue une opération qui n'est pas à la portée de tout le monde ; la curette, en râclant la muqueuse, ouvre des veines et facilite l'absorption des produits infectieux ; enfin, le curettage même bien fait n'enlève pas toujours les morceaux de placenta adhérents.

Les injections continues n'ont pas ces inconvénients, mais en ville, la manœuvre est bien compliquée et peu praticable.

On peut se contenter de faire passer, trois fois par jour, cinq litres d'une solution phéniquée faible dans l'utérus à chaque séance. Cette méthode suffit dans tous les cas d'in-

fection atténuée et a le grand mérite de pouvoir être mise en œuvre par la première sage-femme venue.

A ce traitement local, le plus important, on peut associer la quinine, l'antisepsie intestinale, la glace sur le ventre ; mais ce qu'il faut avant tout, c'est l'immobilisation la plus absolue. La *déchirure du col* est une complication fréquente de l'accouchement et une porte ouverte à l'infection. Il est inutile d'en pratiquer la suture immédiate, comme le font certains auteurs, car, dans un accouchement fait aseptiquement, la déchirure se répare spontanément d'elle-même ; dans le cas contraire, accouchement sale, la désunion sera souvent le résultat de cette manœuvre pénible pour la malade. Il n'existe qu'une indication absolue à la suture du col : c'est une hémorragie à son niveau dont on ne se rendrait pas maître facilement par une injection chaude ou un tamponnement vaginal.

Métrites chroniques. — Le traitement de ces métrites comprend :

La *cautérisation* des pseudo-ulcérations du col avec les agents caustiques les plus divers, depuis l'inoffensive teinture d'iode, jusqu'aux agents les plus énergiques. L'auteur ne parle de cette méthode que pour la proscrire complètement, car elle n'amène qu'une guérison trompeuse, une autre lésion étant substituée à la première. A la suite de ces cautérisations répétées, il se fait au niveau de ces pseudo-ulcérations une cicatrice, le col s'épidermise étouffant dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires atteints d'inflammation chronique, et la malade s'achemine plus vite vers le gros col parenchymateux. On a enfermé le loup dans la bergerie (*Bouilly*).

La méthode de cautérisation par les crayons au chlorure de zinc (*Dumontpallier*) ou par la pâte de Canquoin (*Polaillon*) présente des avantages qui ne compensent nullement les inconvénients qu'elle peut amener.

Si, entre les mains de ses partisans, cette méthode a pu donner des résultats, de nombreux auteurs ont montré qu'elle est très douloureuse, et chose plus grave, qu'elle produit fréquemment de l'atrésie du col, voire même une oblitération complète de la cavité utérine.

Le traitement proprement dit des métrites chroniques dans un stade avancé comprend le curettage de la muqueuse utérine, accompagné ou non du traitement chirurgical du col.

L'auteur ne fait exception que pour certaines métrites très peu accusées qu'il est facile de guérir par la dilatation et des pansements fréquemment renouvelés de la cavité utérine. Quelques attouchements avec un liquide modificateur, la teinture d'iode par exemple, rendront en peu de temps à la muqueuse ses caractères normaux et la *restitutio ad integrum* en sera la conséquence. Si au bout d'un certain temps de ce traitement il n'y avait aucune amélioration réelle, il faudrait agir alors plus énergiquement.

S'agit-il d'une endométrite cervicale et corporelle avec utérus modérément développé, sans lésions du col, le curettage et quelques soins postopératoires suffiront pour amener la guérison.

S'agit-il au contraire d'une métrite cervicale chronique, invétérée, avec ectropion de la muqueuse et dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, le curettage sera peu de chose à côté du traitement chirurgical à diriger contre le col. C'est ici qu'interviendront les différents procédés d'amputation de ce segment, que ce soit l'opération d'Emmet, de Schrœder, de Bouilly. Pour le curettage, on pratiquera une grande dilatation au moyen de tiges de laminaire; on en place une quarante-huit heures avant le jour fixé pour l'intervention, le lendemain on l'enlève pour en mettre une grosse et on obtient ainsi une dilatation plus régulière que par la dilatation extemporanée avec le dilatateur de Sims ou les bougies

graduées d'Hegar ; le curettage se fait mieux, l'irrigation est plus facile ainsi que les pansements ultérieurs. Dans les cas de métrites compliquées de déviations utérines, on placera la tige de laminaire en la recourbant ou en abaissant le col.

On pratiquera toujours l'anesthésie des malades, soit avec le chloroforme, soit avec l'éther, suivant les goûts du chirurgien.

Pas d'anesthésie à la cocaïne ou au koryl.

La malade étant endormie, on place le spéculum de Collin, on saisit la lèvre supérieure du col avec une pince tire-balle afin de. fixer l'utérus. On pourra, si on le désire, abaisser l'utérus si les annexes sont saines, la moindre inflammation de ce côté contre-indiquant formellement l'abaissement de l'organe.

On pratique une injection intra-utérine avec du sublimé ou de l'eau phéniquée faible ; par suite de la large dilatation obtenue avec la laminaire, on peut se servir d'une canule en verre.

Enfin, on procède au curettage. L'opération terminée, on pratique de nouveau une injection utérine, puis on prend un tampon monté sur une pince et imbibé d'une solution antiseptique quelconque, chlorure de zinc au dixième, glycérine créosotée au tiers, et on l'exprime au niveau de la muqueuse. Si l'on a employé la glycérine créosotée, il ne faut pas oublier d'irriguer le vagin, autrement sa muqueuse se laisse entamer par le caustique, et quelques jours après on découvre une plaque de sphacèle vaginale qui peut inquiéter le médecin non prévenu.

Le pansement variera suivant l'état des lésions. Pour les métrites invétérées, qui peuvent exiger des pansements utérins pendant longtemps, on maintiendra la dilatation à l'aide d'un drain en caoutchouc ; s'il existe en même temps de la rétroflexion, le drain favorisant le ramollissement de l'uté-

rus aidera plus facilement à sa réduction. Pour les cas moyens, on pourra laisser une mèche de gaze dans l'utérus. Dans les cas légers, on peut se passer de pansement utérin et se contenter d'un tamponnement léger du vagin.

On ne s'en tiendra pas là, et avec M. Pozzi, il ne faut pas abandonner ces malades trop tôt pour éviter les récidives. Dans les jours qui suivent le curettage, il faut continuer à porter au contact de la muqueuse des substances antiseptiques, faire tous les deux ou trois jours un attouchement de la cavité utérine avec une solution de nitrate d'argent ou avec de la teinture d'iode.

De cette façon seulement, la guérison sera certaine.

Le temps pendant lequel on devra continuer ces attouchements de la muqueuse variera suivant les cas.

Les opérations sur le col sont dans certains cas le complément indispensable du curettage :

Contre l'endométrite glandulaire dans laquelle les lésions vont jusqu'à la profondeur des culs-de-sac glandulaires, avec Bouilly, on fera suivre le curettage d'une excision de la muqueuse cervicale pratiquée sur les deux lèvres en ménageant aux deux angles une bande de tissu muqueux qui s'oppose au rétrécissement de l'orifice dans l'avenir. Contre les métrites parenchymateuses à gros cols déchirés au moment de l'accouchement, entr'ouverts, fendus largement, ectropionnés, cicatrisés ou non, il faut intervenir par les différentes opérations de Schrœder, d'Emmet, l'amputation biconique, etc.

Enfin dans les vieilles métrites cervicales avec dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, effondrement du plancher périnéal, affaissement du vagin, rectocèle et cystocèle, degré variable de prolapsus utérin, on pratiquera *un complet*, à savoir :

Le curettage utérin ;

L'amputation du col ,

Une colporraphie antérieure ;
Une colporraphie postérieure ;
Et une périnéorraphie.

Quel que soit le traitement employé, on conseillera aux malades les injections proprement faites et pendant les premiers temps qui suivent l'opération, le repos au moment des règles et l'usage modéré des rapports sexuels. Tous ces efforts seront récompensés dans l'avenir par une conception souvent impossible jusque-là, et l'accouchement, malgré les opérations sur le col, se fera normalement. Le rôle du médecin sera enfin terminé, lorsque, contre les phénomènes réflexes dus à la métrite, il aura institué un traitement médical approprié.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement de l'angine de poitrine. — Traitement du cancer de l'estomac. — Activité comparée de la digitaline cristallisée (française) et de la digitoxine (allemande).

Traitement de l'angine de poitrine (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, 1894). — L'angine de poitrine est un des nombreux accidents pathologiques qui peuvent survenir au cours de la sclérose du cœur. Il faut réserver ce nom au syndrome morbide décrit par Rougnon et Heberden, qui est caractérisé anatomiquement par l'existence de la sclérose cardiaque avec ou sans oblitération des artères coronaires.

Comment convient-il de diriger le traitement en présence d'un accès d'angine de poitrine ? Il faut s'adresser aux médicaments capables de produire une vaso-dilatation rapide. La morphine rend ici de grands services, et l'on aura recours à une injection sous-cutanée de *chlorhydrate de morphine* à la dose de 1 centi-

gramme pour débuter ; si cette dose ne suffit pas, on peu l'augmenter selon les besoins.

L'inconvénient de cette médication est de n'agir qu'au bout de quelques minutes ; aussi convient-elle surtout aux longs accès.

Le *nitrite d'amyle* a une action beaucoup plus prompte ; de plus, le malade peut l'avoir à sa disposition et l'utiliser dès le début de la crise. On fera usage d'ampoules de verre contenant quelques gouttes du médicament, et qu'on brise dans un mouchoir au moment de le respirer. Si l'accès se prolonge, on pourra briser de la sorte plusieurs ampoules.

Toutes les médications qu'on a proposées, en particulier l'électrisation faradique de la région du cœur, sont plus nuisibles qu'utiles, et l'on ne devra pas y avoir recours.

Voilà pour le traitement au moment de l'accès. Examinons maintenant ce qu'il faut faire dans l'intervalle des accès. Ce traitement est le même que celui de l'artério-sclérose. Ici deux médicaments peuvent rendre de grands services : ce sont, d'une part la trinitrine, d'autre part les iodures alcalins.

Pour la trinitrine, on prescrira la solution alcoolique au centième, selon la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	xxx gouttes.
Eau distillée	300 grammes.

Prendre trois cuillerées à soupe par jour.

Si l'on veut avoir une action plus prompte, on se servira de la voie hypodermique, et l'on injectera trois gouttes de la solution de trinitrine au centième, c'est-à-dire qu'on injectera une seringue entière de la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	xxx gouttes.
Eau distillée	10 grammes.

Quant aux iodures, il est préférable de prescrire l'iodure de sodium, et cela de la façon suivante :

Iodure de sodium	20 grammes.
Eau bouillie	300 —

Chaque cuillerée à soupe de cette solution renferme exactement 1 gramme d'iodure. On commencera par donner 50 centigrammes, puis on augmentera la dose jusqu'à faire prendre 3 grammes par jour, en ayant soin de le donner aux repas, soit dans de la bière, soit dans du lait, pour ne pas fatiguer l'estomac. Il est urgent d'interrompre de temps à autre cette médication pour éviter les phénomènes d'iodisme.

Les révulsifs ont ici une action favorable : vésicatoires, pointes de feu, cautères.

La fatigue, la marche, les efforts, l'usage du tabac, seront proscrits ; les soins de la peau (lotions et frictions), un régime alimentaire peu excitant, composé surtout de viandes blanches et de légumes verts, sans boissons alcooliques, compléteront le traitement de l'artério-sclérose.

Quant aux angines de poitrine qui ne dépendent pas d'une lésion du cœur ou de l'aorte, elles demandent un traitement spécial en rapport avec la cause productrice : hystérie, neurasthénie, ataxie locomotrice. En tout cas, l'usage du tabac doit être absolument défendu, et sa suppression suffit parfois pour amener la disparition des accès d'angor pectoris.

Traitement du cancer de l'estomac (*Tribune médicale*, 1894).

A. Traitement palliatif.

1° Vie au grand air, au repos ; éviter toute cause de dépression morale, les ennuis et les chagrins.

Faire quatre repas par jour et manger peu à la fois. Lait comme boisson, ou bien infusions chaudes d'espèces aromatiques. Viandes bien cuites, poudres de viande, gelées de viande ; farineux en purée, pâtes alimentaires, œufs.

2° Au début de chaque repas, prendre un cachet contenant :

Poudre de charbon de peuplier...........	0g,30
Naphtol β..............................	0 ,15

3° A la fin du repas, prendre une cuillerée à soupe de :

Pepsine	5	grammes.
Acide lactique	1	—
Sirop d'écorces d'oranges	50	—
Eau de fleurs d'oranger	150	—

4° Calmer la douleur en prenant, au moment du repas, une pilule de :

Chlorhydrate de cocaïne		0g,05
Extrait d'opium	ãã	0 ,01
Extrait de belladone		

F. S. A. — Une pilule n° 20.

Si les douleurs sont trop vives, pratiquer une injection de 1 centigramme de morphine.

5° Si les aliments ne sont pas digérés et sont rendus dans des vomissements putrides, pratiquer chaque jour un *lavage de l'estomac* avec une solution antiseptique de :

Permanganate de potasse.................... 0g,50

Pour un paquet n° 10.

Un paquet par litre d'eau.

6° Lorsque l'estomac refuse toute alimentation, donner matin et soir un des lavements nutritifs suivants, en ayant soin d'administrer auparavant un lavement ordinaire :

Jaunes d'œufs	N° 2.	
Peptones sèches	10	grammes.
Lait	200	—
Laudanum de Sydenham	v	gouttes.

Ou bien :

Vin	100	grammes.
Bouillon	150	—
Peptones sèches	10	—
Laudanum	v	gouttes.

B. Traitement curatif.

Si l'état du malade et les limites restreintes et bien localisées du néoplasme le permettent, conseiller l'*extirpation totale de l'estomac*.

Activité comparée de la digitaline cristallisée (française) et de la digitoxine (allemande) (C. Bardet, *Nouveaux Remèdes*, 1895). — 1° *La digitaline cristallisée* dite *chloroformique* est le seul des produits retirés de la digitale qui représente un principe réellement défini et d'action constante et bien connu au point de vue thérapeutique ; 2° *la digitoxine* n'est pas, comme on l'a dit, un principe identique à la digitaline cristallisée ou même amorphe, c'est un mélange indéfini non cristallisé ; son activité est variable et peut être égale ou se montrer deux à trois fois supérieure à celle de la digitaline cristallisée ; 3° *la digitaline amorphe* contient, comme la digitoxine, un corps probablement glucosidique, d'activité considérable qui puisse faire varier l'énergie ; 4° il y a grand intérêt pratique à ne maintenir dans la pharmacopée que des corps définis à action constante ; par conséquent, la *digitaline cristallisée* dite *chloroformique* étant le seul principe défini actif de la digitale doit *seule* être prescrite.

BIBLIOGRAPHIE

La Syphilis et les Maladies vénériennes, par le docteur Ernest Finger, professeur à l'Université de Vienne, traduction d'après la troisième édition allemande, avec notes par MM. Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des eaux d'Uriage, et Paul Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de médecine. Un fort volume grand in-8° avec cinq planches en chromo-lithographie hors texte. Félix Alcan, éditeur.

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorragie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections. M. le docteur Dimmer, agrégé, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Uni-

versité de Vienne, a décrit toutes les affections oculaires qui relèvent de la blennorragie et de la syphilis. Les éditions multiples de l'ouvrage du professeur Finger et les traductions de son livre en anglais et en italien suffisent à montrer la réelle valeur de ce traité.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur compétence bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité.

La Pratique de la sérothérapie et les Traitements nouveaux de la diphtérie, par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants assistés, chef du service des maladies des enfants à la Policlinique de Paris. Un volume in-18 jésus de 300 pages avec 37 figures, cartonné. (J.-B. Baillière, éditeur.)

Quand une méthode nouvelle et importante, comme la *Sérothérapie*, fait sa venue dans le monde scientifique, ce n'est pas sans changer plus ou moins l'orientation des esprits et sans exiger la mise au point du chapitre thérapeutique de la diphtérie. C'est cette mise au point que M. Gillet a poursuivie dans ce livre.

On y trouvera consignée l'expérience personnelle acquise par un séjour à l'hospice des Enfants assistés, comme interne de M. Sevestre, puis par la direction d'un service de maladies des enfants à la Policlinique de Paris et d'un dispensaire pour enfants malades, à côté de ce que peut enseigner une clientèle spéciale de ville.

De ses voyages en Amérique, en Allemagne, en Italie, en Suisse, M. Gillet a, en outre, rapporté les résultats de l'expérience de ses confrères étrangers. A cet appoint, il a joint les renseignements que les publications françaises et étrangères ont pu offrir.

Voilà avec quels matériaux a été écrit ce livre. En voici le but et l'idée dominante.

Un livre sur le traitement, même sur les *nouveaux traitements de la diphtérie*, doit, avant tout, être un livre pratique. Dans une maladie où l'urgence talonne si âprement le médecin, il n'y a pas place pour de longues dissertations. Il faut pouvoir se renseigner vite, comme il faut se décider vite. C'est pourquoi M. Gillet s'est placé toujours au point de vue de la pratique journalière.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

NOTE DE LA RÉDACTION

En prenant possession du poste occupé pendant vingt-trois ans par mon regretté maître, je ne me dissimule pas combien la charge est lourde; aussi mon premier soin, dès la mort de M. Dujardin-Beaumetz, a-t-il été de demander le concours de savants distingués, de médecins connus pour les travaux de thérapeutique qu'ils ont publiés et surtout par le caractère essentiellement pratique de leur enseignement.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le *Bulletin de thérapeutique* est surtout lu par des praticiens. Donc, s'il est du devoir de la rédaction d'accueillir avec empressement tous les travaux originaux qui sont publiés par les médecins et tendent à faire avancer la science, elle doit aussi s'attacher à tenir le lecteur au courant des progrès de la pratique, en vulgarisant les recherches techniques, trop spéciales pour figurer *in extenso* dans un recueil à l'usage de médecins professionnels.

D'ailleurs, je n'ai qu'à prendre pour guide la tradition suivie avec tant de persévérance par M. Dujardin-Beaumetz, pour être assuré de satisfaire le lecteur, mais cela sans renoncer à exécuter les réformes qui deviennent nécessaires à chaque changement de générations, aussi bien dans la presse que dans la vie courante.

En prenant la direction scientifique du *Bulletin*, M. Albert Robin, qui m'a fait le grand honneur de me désigner

comme son assistant de thérapeutique à la Pitié, apportera au journal le concours d'une précieuse collaboration, en publiant les conférences de clinique thérapeutique si intéressantes qu'il fait avec un si grand succès dans son service, et qui remplaceront désormais les leçons que le maître de Cochin a si longtemps données au *Bulletin*, et que les lecteurs avaient coutume de trouver à la première page.

Les articles de M. Albert Robin paraîtront successivement à partir du mois prochain ; ils vulgariseront les méthodes nouvelles qu'il a inaugurées, en établissant une thérapeutique rationnelle, basée sur l'analyse des faits cliniques et sur les recherches du laboratoire.

Le *Bulletin* continuera naturellement à publier des mémoires originaux, soit ceux des membres de son comité, MM. Hallopeau et Bouilly, soit ceux que lui adresseront les médecins et qui auront été acceptés par le comité de rédaction. Celui-ci fera d'ailleurs la plus large part aux travaux des savants de province et de l'étranger, désireux de participer ainsi au mouvement de décentralisation qui est aujourd'hui général, et cela pour le plus grand bien des intérêts scientifiques.

Je compte donner tous mes soins à la rédaction du journal, en surveillant sérieusement la publication de revues qui tiendront le lecteur très au courant du mouvement thérapeutique dans toutes ses branches, et en établissant ainsi une bibliographie complète des travaux français et étrangers. Ce service sera dorénavant assuré par MM. A. Bolognesi et Zaguelmann.

M. le docteur Heim, professeur agrégé d'histoire natu-

relle médicale à la Faculté de Paris, a bien voulu se charger de la partie *drogues végétales;* je me chargerai moi-même spécialement de la *matière médicale chimique*, et le lecteur sera ainsi certain de trouver dans le *Bulletin* tous les renseignements pharmacologiques qui deviennent de plus en plus nécessaires au médecin, à un moment où les découvertes transforment rapidement la matière médicale. Mais le praticien n'aura pas à craindre de voir ce côté de la thérapeutique prendre un trop grand développement, et nous n'oublierons jamais que nos lecteurs ont seulement besoin de renseignements pratiques et professionnels.

Les revues spéciales, *oculistique*, *laryngologie*, *rhinologie*, *électrothérapie*, *obstétrique* et *gynécologie*, seront rédigées par des spécialistes, et dès à présent MM. Auvard, Courtade, Dignat, Laskine et Miquet ont bien voulu s'en charger.

Enfin, je puis annoncer dès à présent que l'éditeur du *Bulletin de thérapeutique* est décidé à apporter dans son organisation matérielle des changements et des perfectionnements sérieux. M. Doin a reçu beaucoup de réclamations relatives à la manière dont sont faits les numéros intercalaires du 8 et du 23 de chaque mois, contenant l'*Annuaire* et le *compte rendu de la Société de thérapeutique*.

Il est certain que le mode actuel de publication ne répond plus aux nécessités modernes, et que l'*Annuaire* fait double emploi avec les *Revues* publiées dans le corps du journal. L'éditeur étudiera donc, avec le comité, un nouvel arrangement qui donnera satisfaction au lecteur. La nouvelle combinaison, pour des raisons matérielles (nécessité

de finir les volumes en cours de publication), ne pourra commencer qu'à partir du 1er janvier prochain ; mais nous pouvons assurer qu'elle amènera une augmentation considérable dans la matière fournie aux lecteurs. L'éditeur, en faisant ce sacrifice, espère contribuer au succès d'une publication qui date de soixante-cinq ans et mérite, assurément, de tenir dans la presse médicale un des premiers rangs.

Je prie d'ailleurs les lecteurs du *Bulletin de thérapeutique* de vouloir bien me faire un crédit de quelques mois, pendant lesquels, avec l'aide du comité, j'organiserai peu à peu le service régulier du journal sur les bases qui viennent d'être indiquées.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier MM. Sapelier et Guinard d'avoir bien voulu assurer le service régulier du journal en attendant l'organisation de la nouvelle rédaction ; je suis heureux de leur en exprimer publiquement toute ma reconnaissance.

Docteur G. Bardet.

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

DÉSINFECTION

Étude sur les propriétés thérapeutiques et désinfectantes de la formaldéhyde ou formol ;

Par le docteur G. Bardet.

La formaldéhyde, plus connue en thérapeutique sous le nom de *formol*, est certainement l'un des corps les plus curieux qui aient été introduits depuis longtemps dans la thérapeutique et dans l'industrie. Ses applications sont multiples, et il n'y a pas de doute qu'elles s'étendront tous les jours.

Toutes ces applications, y compris les applications médicales, sont dues à la particularité particulière que possède la formaldéhyde de durcir les substances azotées du genre de la gélatine, et de les *fixer* dans le sens histologique.

Toute gélatine ou tout tissu gélatineux, touché par une quantité infinitésimale de formol, devient insoluble dans l'eau, même dans l'eau bouillante.

Prenons un exemple bien démonstratif. Tous les photographes (et qui ne l'est pas aujourd'hui !) savent combien il est difficile de faire sécher les glaces au gélatino-bromure d'argent, et cette lenteur est souvent un grave inconvénient dans les laboratoires où l'on est souvent pressé d'avoir le cliché développé, sans compter que souvent, dans les dix ou douze heures qu'exigent toujours les grandes glaces, pour sécher, elles risquent d'être détériorées et reçoivent de la poussière. Eh bien, immergez une minute, après toutes les opérations du fixage, votre glace dans une solution à 2 pour 100 de formol commercial, et vous pourrez sécher une grande glace en deux minutes devant un feu ardent. Or, on sait que

la gélatine humide, chauffée à 30 degrés, se dissout immédiatement. Mais le formol l'a rendue complètement insoluble et l'on peut alors la chauffer impunément à 100 degrés.

Il est rationnel de supposer que l'action antiseptique, vraiment surprenante, du formol est due à ce que ce composé *fixe* de la même manière l'enveloppe chitineuse des bactéries et de leurs spores, les rendant ainsi impropres aux échanges vitaux.

Ce corps mérite donc d'être longuement étudié ; mais, avant de relater les expériences originales de désinfection que nous avons faites en collaboration avec M. A. Trillat, nous allons résumer les travaux antérieurs, en analysant le travail inséré dans le *Supplément au Dictionnaire de thérapeutique* de Dujardin-Beaumetz, qui vient de paraître. Nous passerons rapidement sur les propriétés chimiques et la préparation du formol, pour insister davantage sur les faits physiologiques et thérapeutiques.

L'aldéhyde formique, hydrure de formyle, formol, formaline, représentée par la formule CH^2O, découverte par Hoffmann, n'a pu jusqu'à présent être obtenue qu'en mélange avec l'alcool méthylique. On la prépare en faisant passer un mélange d'air et de vapeur d'alcool méthylique dans un large tube contenant des fils en platine très fins et chauffés à une température peu élevée. Le liquide qui se condense est de l'aldéhyde formique dissoute dans l'alcool méthylique dont on peut éliminer une partie par la distillation. Le résidu soumis à des congélations successives peut être amené à un taux de 40 pour 100 en aldéhyde, qui est gazeuse.

Trillat, qui a fait une étude spéciale de ce composé, l'obtient industriellement en plaçant l'alcool méthylique dans certaines conditions qui favorisent son oxydation, et en le faisant passer sur du charbon de cornue porté au rouge obscur.

Cette réaction se fait si facilement que, pour éviter l'usage

du produit commercial et obtenir une plus grande rapidité de diffusion, l'auteur a pu faire construire un appareil, que nous décrirons prochainement et qui a l'avantage de produire en quantités énormes le formol à l'état sec.

La solution aqueuse ou alcoolique de formol est incolore ; elle irrite fortement la muqueuse pituitaire, et possède une odeur particulière de souris. La solution commerciale de formol dans l'alcool méthylique ne peut dépasser 50 pour 100, au delà de laquelle l'aldéhyde subit une polymérisation qui la transforme en un corps solide, le *trioxyméthylène* $(CH^2O)^3$.

La solution de formaldéhyde abandonnée à l'air émet des vapeurs.

En 1888, Trillat avait remarqué que l'urine devenait imputrescible quand on l'additionnait d'aldéhyde formique. Par des expériences plus récentes (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, CXIV, 1278), il a fait voir que sa puissance antiseptique est supérieure à celle du bichlorure de mercure. Des essais comparatifs furent institués avec des bouillons préparés avec du jus de viande frais. Les vases renfermant chacun 10 centimètres cubes de bouillon furent additionnés d'antiseptiques dans des proportions variant de 1 millième à 3 dix-millièmes, puis placés dans une étuve à une température constante de 30 degrés.

L'aldéhyde formique dans la proportion de 1 trente-millième a sensiblement retardé les fermentations, et dans celle de 1 vingt-cinq-millième, le bouillon était inaltéré au bout de quatre jours.

Avec une proportion semblable de bichlorure de mercure, la décomposition se prononça au bout de vingt-quatre heures, et avec 1 six-millième, elle se fit en cinq ou six jours.

D'un autre côté, 1 douze-millième d'aldéhyde formique suffit pour conserver le bouillon intact pendant plusieurs semaines.

De petites quantités suffisent pour stériliser les flacons

qui contiennent des bacilles de l'anthrax ou ceux de la saliv humaine.

Dans l'eau d'égout renfermant 1 800 000 micro-organisme par centimètre cube, tous les germes sont détruits en quel ques heures par cette aldéhyde.

Son action préventive de la fermentation est non moin remarquable. Toutefois, les résultats obtenus en soumettan les animaux aux injections sous-cutanées ou intra-veineuse sont de nature à ne pas faire adopter ce composé comm antiseptique général.

Trillat fait remarquer qu'on pourrait employer l'aldéhyd formique dans l'analyse des vins, car, en sa présence, le matières extractives et colorantes naturelles sont précipitées tandis que les couleurs dérivées de la houille ne sont pa affectées.

Vapeurs. — Berlioz et Trillat, en continuant leurs recher ches, ont étudié l'action de la vapeur, et sont arrivés à cett conclusion qu'elle est rapidement diffusée dans les tissu animaux et les rend imputrescibles.

Ces vapeurs sont très rapidement absorbées par les tissu animaux.

Dans un tube allongé, on place des déchets de vian fraîche, qu'on fait traverser par un courant d'air ayant ba boté dans une solution aqueuse de formol à 5 pour 100. courant d'air est recueilli à l'autre extrémité du tube da un récipient contenant soit une solution ammoniacale nitrate d'argent, soit de l'eau d'aniline (ce dernier réact est très sensible pour indiquer la présence du formol). O fait passer le courant d'air pendant dix minutes dans le tube, et l'on constate que les réactifs ne donnent aucun trouble, ni précipité caractérisant la présence de l'aldéhyde formique.

Une autre expérience consiste à suspendre des morceaux

de viande dans un flacon contenant une solution de formol : les vapeurs sont rapidement absorbées.

L'action antiseptique des vapeurs de formol est démontrée par les expériences suivantes :

Sous une cloche d'une contenance de 10 litres, on place divers bouillons stérilisés et ensemencés par les microbes du jus de viande en décomposition ; sous cette cloche est disposé un petit récipient contenant 5 centimètres cubes de solution de formol à 10 pour 100. Les faibles vapeurs qui se dégageaient de cette solution ont suffi pour empêcher le développement des bactéries.

Les mêmes résultats s'obtiennent en ensemençant les bouillons avec les bacilles des eaux d'égout et le *Bacillus anthracis.*

Des bouillons ensemencés de bacille d'Eberth et de colibacille, placés à l'étuve sous une cloche renfermant une solution de formol à 40 pour 100, restent clairs.

On peut observer la même action avec les organismes inférieurs : le liquide Raulin, en présence de traces de formol en vapeurs, devient rebelle aux cultures de l'*Aspergillus niger* et des *penicillium.*

L'action antifermentescible se manifeste d'une manière remarquable.

Des échantillons de moût de bière, abandonnés aux ferments lactique et butyrique, séparément ou simultanément, contenant 10 centimètres cubes d'une solution de formol à 10 pour 100, ne subissent aucune altération après quatre ou cinq jours ; l'acidité totale des échantillons de moût est restée sensiblement la même.

Un flacon de bouillon peuplé de bacilles d'Eberth est placé sous une cloche renfermant une solution aqueuse de formol commercial à 40 pour 100. Au bout d'une demi-heure, une parcelle de culture est prélevée avec l'anse de platine et transportée dans un bouillon nutritif.

Ce bouillon est resté infertile.

Pour mettre plus en évidence l'action microbicide, des morceaux de toile de 1 centimètre carré sont imbibés de culture de bacille d'Eberth et de bactéridie charbonneuse sporulée. On les suspend dans un flacon dans lequel on fait arriver un courant d'air qui a traversé une solution de formol à 5 pour 100. Toutes les cinq minutes, on retire un morceau de toile et on le transporte dans du bouillon placé à l'étuve.

La bactéridie charbonneuse est tuée après vingt minutes, le bacille d'Eberth après vingt-cinq minutes d'exposition à ce courant d'air.

Si le courant d'air traverse une solution de formol à 2gr,50 pour 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué au bout d'une heure.

Si l'on remplace la solution de formol par une solution d'essence de cannelle de Ceylan ou de créosote à 5 pour 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué après une heure d'exposition. Les vapeurs de formol sont donc bien plus énergiques que l'essence de cannelle et la créosote, qui sont réputées comme très antiseptiques.

L'expérience a été faite dans les mêmes conditions sur un morceau de toile imprégné de culture d'Eberth, puis desséché. Après dix minutes d'exposition au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, le morceau de toile a été ensemencé dans du bouillon. Ce bouillon est resté clair. Un morceau de toile témoin a donné, le lendemain, une abondante culture.

Enfin, on peut stériliser le pharynx et les amygdales en respirant, pendant une demi-heure, le courant d'air barbotant dans la solution de formol à 5 pour 100.

Ces expériences, et surtout la dernière, démontrent que les vapeurs de formol pourraient rendre des services dans les maladies infectieuses de la gorge et des voies respira-

toires, à condition de trouver un procédé convenable d'inhalation.

En injection sous-cutanée chez le cobaye, les doses de 53 et 66 centigrammes par kilogramme ne sont pas mortelles ; la dose de 80 centigrammes l'est assez rapidement. En injection intra-veineuse, la dose mortelle est de 7 centigrammes par kilogramme pour le chien, et de 9 centigrammes par kilogramme pour le lapin. Les vapeurs de formol ne deviennent toxiques que lorsqu'elles sont respirées en grande quantité et pendant plusieurs heures. Les nombreux essais que nous avons pratiqués, M. Trillat et moi, et durant lesquels nous avons respiré souvent de grandes quantités de formol, prouvent que la tolérance de la muqueuse pulmonaire est grande. La muqueuse conjonctivale est plus rapidement impressionnée.

Un cobaye, exposé dans une caisse aux vapeurs se dégageant d'une solution de formol à 40 pour 100, est mort en trois jours. Un second cobaye, exposé seize heures par jour au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, est mort pareillement au bout de trois jours.

En résumé, d'après le travail de Berlioz et Trillat :

1° Les vapeurs de formol se diffusent rapidement dans les tissus normaux, qu'elles rendent imputrescibles ;

2° Elles s'opposent, même en très faibles proportions, au développement des bactéries et des organismes ;

3° Elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacilles d'Eberth ou de charbon ;

4° Les vapeurs ne sont toxiques que lorsqu'on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

Les propriétés désinfectantes de la formaldéhyde furent d'abord signalées par Loew (*Munchn. med. Woch.*, 1888, n° 24), puis par Buchner et Segalle (*Id.*, 1889, n° 20).

Les expériences, d'ordre bactériologique, faites par J. Stahl (*Pharm. Zeit.*, 1893, n° 22), démontrèrent que le formol

ır 100 en poids de formaldéhyde) peut être considér[illegible] e très voisin du sublimé corrosif au point de vue mi [illegible]- cide, voire même supérieur à celui-ci en présence d'u[illegible]n de albumineux. Sous forme de vapeurs, mélangée à l'ai[illegible]ir proportion de 2,5 pour 100, la formaline détruit tous le[illegible]es robes, même dans leur forme résistante. Tous les obje[illegible]ts nt stérilisés, sans être détériorés le moins du mond[illegible]e, près avoir subi la pulvérisation d'une solution aqueuse d'[illegible] un lemi à 2 pour 100 de formaline. Celle-ci n'attaque dans [illegible]les tissus que les agents pathogènes seuls, en respectant [illegible] les corps organiques et inorganiques que ces germes ont [illegible]n- vahis. Le formol pourrait être appelée une sorte de *subl[illegible]mé inoffensif*. En outre, la facilité de son maniement et son [illegible]on marché ajoutent encore leur appoint à sa valeur pratique[illegible]

Liebreich (*Therap. Monatsh.*, avril 1893), en se basant sur les diverses expériences avec la formaldéhyde déjà connues, donne un aperçu de l'avenir réservé à ce produit. Il fait ressortir ses vertus antiseptiques, tannantes, et son peu de toxicité. Il admet la possibilité d'y trouver un principe util à l'antisepsie générale.

J. Pohl (*Archiv für exp. Path.*, Bd XXXI, H 4, etc.), faisa pour le besoin de sa démonstration une recherche su mode d'action de la formaldéhyde et sur la différenc cette action avec celle de l'alcool méthylique, arrive conclusion que les deux indications sont totalement rentes.

Valude (*Ann. d'oculistique*, juillet 1893), instruit de riences de laboratoire de Dubief, de Trillat, Berlio *scientif. Quesneville*, 1892), Jean (*Journal d'hygièn* Duclaux (*Ann. Inst. Pasteur*, 1892), confirmant la rilisante de la formaldéhyde, a utilisé cette dernièr ment, dans sa pratique d'oculistique, comme antisc résultats obtenus concordent parfaitement ave riences de laboratoire, notamment de celles de

il ressort que la formaldéhyde, même à dose moindre, possède sur les liquides organiques une vertu stérilisante plus forte que celle du sublimé, quoique son activité microbicide directe soit moindre que celle de ce dernier. L'activité de la formaldéhyde sur les tissus infectés serait plus profonde et plus durable. Cela tiendrait à sa parfaite solubilité, sa diffusibilité, la non-précipitation de l'albumine. Les doses employées par l'auteur varièrent de 1 sur 2000 à 1 sur 500,

Les recherches d'Aronson (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1892, n° 30) confirment, au point de vue bactériologique, les expériences diverses relatées plus haut, aussi bien d'ailleurs qu'au point de vue de l'action toxique sur les animaux supérieurs.

Des cultures du bacille de la diphtérie (bacille de Lœfler) ont été stérilisées après addition de formaldéhyde dans la proportion de 1 pour 400, toujours après dix minutes de contact. Des cultures du même bacille, exposées à des vapeurs d'une solution étendue de formaldéhyde, ont été atténuées dans leur virulence. (Aronson.)

D'autres expériences ont démontré que, pour un lapin, la dose mortelle de formaldéhyde était de 24 centigrammes par kilogramme de poids corporel, le toxique étant injecté sous la peau. Or, cette dose est de 26 centigrammes pour l'acide phénique et de 15 milligrammes pour le sublimé.

D'autres aldéhydes ont été expérimentées par l'auteur au point de vue de leur action antiseptique. Ces expériences ont démontré que les vapeurs de l'acétaldéhyde exercent une action parasiticide très énergique sur le bacille de la diphtérie. Même résultat pour la benzaldéhyde et pour d'autres aldéhydes de la série aromatique.

De Buck et Vanderlinden (*Ann. et Bull. Soc. méd. de Gand*, septembre 1892) ont étudié également le formol au point de vue clinique et expérimental. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés :

La toxicité du formol en *injection sous-cutanée* serait, d'après ces expériences, pour le lapin 1 centimètre cube à 1 centimètre cube et demi par kilogramme, ce qui représenterait environ 4 à 6 décigrammes de formaldéhyde, dose correspondant à celle fixée déjà par les expériences de Berlioz et Trillat.

Chez le chien, 1 centimètre cube de formol par kilogramme en injection hypodermique, soit encore une fois 4 décigrammes environ de formaldéhyde, n'amène la mort qu'au bout de vingt-quatre heures, ce qui peut être attribué à la forme diluée sous laquelle a été administrée la formaldéhyde et conséquemment à sa pénétration à dose plus fractionnée dans le courant circulatoire.

En *injection intra-veineuse*, les auteurs ne déterminent pas de dose absolue, injectée brusquement (Berlioz et Trillat donnent pour le chien et par kilogramme 7 centigrammes de formaldéhyde, pour le lapin 9 centigrammes).

Il paraîtrait, d'après ces expériences, que l'animal à sang froid est plus sensible à l'action du formol que l'animal à sang chaud. Une grenouille moyenne succombe, en effet, en une à deux heures à l'injection sous-cutanée de 2 milligrammes de formaline (8 dix-milligrammes de formaldéhyde).

Quant à la toxicité relative du formol vis-à-vis des autres antiseptiques utilisés dans la pratique chirurgicale, il n'y a guère de doute que la conclusion ne soit tout entière en faveur du formol.

La mort chez les animaux à sang chaud arrive par paralysie respiratoire.

Comme conclusions, de Buck et Vanderlinden admettent :

1° Le formol en solution aqueuse à 10 pour 100 répond bien à certains desiderata de la chirurgie moderne, comme liquide à la fois aseptique et antiseptique (il n'est pas improbable que cette concentration puisse encore être abaissée) ;

2° A ce degré de concentration, d'ailleurs, le formol ne

peut exercer sur nos tissus qu'une action fort peu nocive ;

3° Son absorption n'est pas à craindre, car la toxicité est faible ;

4° Son action se porte surtout sur le système nerveux central et notamment sur la moelle.

Schmidt a observé qu'en ajoutant le formol à la viande putréfiée, toute odeur disparaît immédiatement. Le même effet se produit sur l'urine. L'odeur des matières fécales est également détruite.

En étudiant la nature chimique des modifications qui se produisent, il a vu que, lorsqu'une solution d'hydrogène sulfuré est agitée avec une quantité suffisante de formol, l'odeur du gaz disparaît et est remplacée par une odeur alliacée. La réaction serait la suivante :

$$CH^2O + H^2S = CH^2 <^{SH}_{OH}$$

Ou quand il y a un excès de formol pour enlever l'odeur de mercaptan :

$$\left.\begin{matrix} CH^2 <^{SH}_{OH} \\ CH^2O \end{matrix}\right\} = CH^2 <^{S}_{OH.OH}> CH^2$$

Le méthylamercaptan CH^3SH qui, d'après Meuck, est la principale cause de l'odeur des matières fécales, est rapidement décomposé par un excès de formol. L'ammoniaque et les bases ammoniacales sont immédiatement converties en produits inodores.

Le skatol n'est décomposé que si l'on ajoute de l'acide chlorhydrique, et, dans ce cas, il est converti en un produit inodore, insoluble dans l'eau. En ceci, le skatol synthétique diffère de son isomère le méthylindol, qui est immédiatement décomposé par le formol.

Slater et Rodrat concluent de nombreuses expériences que ce composé, soit en solution, soit sous forme de vapeurs, possède des propriétés antiseptiques ; que, de plus, il

n'est pas toxique; qu'on peut le vaporiser facilement; qu'il n'a pas d'action corrosive sur les objets fabriqués, qualités qui le rendent des plus utiles pour la désinfection pratique.

D'un autre côté, Holfert, devant la Société de pharmacie de Berlin (août 1894), a appelé l'attention sur l'emploi de cette substance pour conserver les produits végétaux.

Une solution contenant seulement 1 gramme de formaldéhyde pour 200 d'eau suffit et au delà. La chlorophylle, les pigments végétaux ne sont pas modifiés.

Comme preuve de son pouvoir désinfectant, il dit que l'odeur des boucheries, si prononcée pendant l'été, disparaît complètement par des lavages.

Par contre, lorsqu'on veut l'employer pour conserver la viande, elle présente le désavantage de détruire la couleur du pigment sanguin. Elle empêche la putréfaction, mais n'arrête pas la moisissure.

Ce fait que les bactéries sont tuées, mais que les champignons ne subissent aucune atteinte, permet d'admettre qu'on peut l'employer pour obtenir les cultures pures de levure, car, comme on le sait, la grande difficulté est, dans ce cas, de se débarrasser des bactéries.

Les recherches de Schmitt lui ont permis de confirmer le résultat des travaux de Trillat, Berlioz et Aronson, relativement aux propriétés antiseptiques du formol. Il a pratiqué des expériences sur le *Staphylococcus pyogenes aureus*, le streptocoque, le coli-bacille, le bacille d'Eberth et le bacille pyocyanique, et il a constaté que des bouillons contenant du formol dans la proportion de 1 pour 20000 ne se troublaient pas lorsqu'il les ensemençait avec ces bacilles.

Mais Schmitt met en garde les médecins contre les déductions qu'on serait tenté de tirer de ce pouvoir infertilisant du formol, au point de vue de ses applications à l'antisepsie chirurgicale et obstétricale. Dans trois séries d'expériences,

il a observé qu'un contact d'une heure avec une solution à 1 pour 1 000 n'empêche pas le développement microbien ; ce résultat ne peut être atteint qu'après un contact de six heures. Avec une solution à 1 pour 100, on ne parvient pas encore à tuer, au bout de cinq minutes, les espèces bactériennes précitées. Or, à cette dose, le formol est inutilisable pour l'antisepsie des plaies et des muqueuses, à cause de son action irritante et caustique. Malgré le pouvoir infertilisant du formol et malgré son peu de toxicité relative, il jouit d'un pouvoir microbicide trop faible, et ses solutions sont trop caustiques pour qu'on puisse songer à l'employer en chirurgie.

Carlo Ascoli, du laboratoire d'hygiène de Turin (*Giornali della R. Accad. di med. di Torino*, n°s 6, 7 et 8, 1894), donne de ses travaux les conclusions suivantes :

Les solutions de formol ne présentent aucun avantage sur les désinfectants liquides employés en chirurgie et obstétrique, car elles provoquent la nécrose de la peau et la momifient.

On peut les employer pour la désinfection des matières putrides, car, outre leur valeur désinfectante et antiseptique, elles sont aussi désodorantes.

Les vapeurs de formaldéhyde, qui se dégagent à la température ordinaire, sont utiles pour la désinfection des petits récipients, des vêtements, des livres qui seraient abîmés par les autres substances.

Quant à la désinfection des milieux, ces vapeurs ne peuvent être employées, car leur odeur est trop âcre et trop irritante pour les muqueuses.

Enfin Berlioz (de Grenoble), en continuant ses études sur le formol, a institué des expériences sur les animaux et sur l'homme dans le but d'appliquer cette aldéhyde au traitement de la tuberculose et de la diphtérie.

Les expériences sur les animaux ont échoué.

Les essais faits sur l'homme n'ont pas été davantage couronnés de succès.

Les injections intra-musculaires de formol émulsionné dans l'huile ou la vaseline sont très douloureuses et produisent souvent des abcès. Les pilules de triformol ou trioxyméthylène additionné de substances inertes ou neutralisantes sont mal supportées, troublent l'appétit et causent parfois des vomissements.

Les lavements d'huile additionnée de formol sont également douloureux.

Seules, les inhalations d'air ayant barboté dans une solution de formol se sont montrées efficaces chez les phtisiques; elles diminuent la quantité et la purulence des crachats.

Ces inhalations sont vraiment très actives dans les coryzas, dans les trachéo-bronchites aiguës. La sécrétion nasale est très rapidement tarie ; la toux et l'expectoration cessent en peu d'heures.

Mais c'est dans l'enrouement que Berlioz aurait observé les plus beaux résultats. Sous l'influence d'une inhalation de cinq minutes, la voix reprend sa limpidité et sa clarté.

Ces résultats sont dus à l'action astringente très marquée que possède le formol.

Enfin, dernièrement, Miquel (*Annales de micrographie*, 1894 et 1895), dans un long et laborieux travail, a démontré que le formol en vapeur avait une action extrêmement énergique sur les germes. Ce travail ne faisant que confirmer les résultats des travaux antérieurs, nous n'insisterons pas et nous nous contenterons de donner ses conclusions :

« Les conclusions générales de toutes ces recherches nombreuses sont qu'il y a lieu de distinguer entre les expériences de laboratoire et la désinfection en grand, l'avantage étant aux premières où l'on opère sur des volumes plus restreints.

« On envisagera la question à des points de vue divers, s'arrangeant de façon à retirer de l'antiseptique toute son énergie, de protéger les voisins et les agents qui opèrent contre les émanations nuisibles et d'isoler les objets qui pourraient être détériorés.

« Lorsqu'on emploiera des gaz, on multipliera leurs sources de dégagement et l'on fermera avec soin toutes les issues ; les portes, fenêtres, etc., seront hermétiquement closes.

« Parmi les corps soumis aux expériences, de ceux qui méritent une attention sérieuse il n'y a guère lieu de retenir que le chlore gazeux, l'acide chlorhydrique gazeux, l'aldéhyde formique, l'hypochlorite de soude, le chlorure de benzoyle.

« L'aldéhyde formique et le chlorure de benzoyle gazeux étant très indiqués pour les cas où il faut respecter un mobilier ou des étoffes fragiles, dans la désinfection des locaux industriels, chambres nues, hôpitaux, etc., le chlore, l'acide chlorhydrique gazeux, l'hypochlorite de soude, pourront être employés sans inconvénients. »

De ce long exposé, nous pouvons conclure deux faits :

1° Le formol est un excellent agent microbicide, et cette action est au maximum dans l'action du formol à l'état de vapeur ; 2° le formol a encore été mal étudié au point de vue des applications médicales.

Cette lacune dans son étude est certainement due à ce que, en raison de son odeur vive et surtout de son action irritante sur les plaies et les muqueuses, le formol a été délaissé par les médecins qui lui ont préféré d'autres antiseptiques complètement inoffensifs (1).

Trillat avait, dès le début de ses travaux, signalé l'action

(1) Rappelons ici que, l'an dernier, nous avons publié une étude sur les dérivés iodés et bromés du formol, l'*iodoformoline*, l'*iodéthylfor-*

pénétrante des vapeurs du formol et proposé son emploi à l'état de vapeur pour la désinfection en général, ainsi que pour la conservation des viandes et celle des pièces anatomiques (1). Cette dernière question a été particulièrement étudiée par le docteur Blum, de Francfort, qui reconnut en outre que le formol avait la propriété de fixer les couleurs. Actuellement, la conservation des pièces anatomiques par le formol est très employée en Allemagne.

Enfin, dernièrement, M. Trillat a publié (Académie des sciences, octobre 1894) les résultats qu'il a obtenus en grand par l'emploi d'appareils produisant directement l'aldéhyde formique.

Au point de vue hygiénique, il y avait intérêt à voir si les essais de laboratoire, répétés en grand, pourraient donner d'aussi bons résultats. C'est ce que nous avons voulu vérifier, et les faits que nous avons observés feront l'objet d'un prochain article.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (2);

Par le docteur MONCORVO, correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

B. — APPLICATIONS EXTERNES.

Les faits appartenant à ce groupe se rapportent à l'usage de l'asaprol à titre d'antiseptique dans des cas d'affections

mine et la *brométhylformine* (voir *Nouveaux Remèdes*, 1895, p. 169, et 1894, article de Laquer, numéro du 24 janvier). Ces médicaments permettent d'utiliser l'action désinfectante du formol, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

(1) Cette méthode fit même l'objet d'un brevet que l'auteur laissa du reste tomber dans le domaine public (brevet nº 216 638, 1891).

(2) Suite. Voir les deux précédents numéros.

cutanées, ou encore dans ceux de maladies diverses des cavités naturelles.

A. *Affections cutanées.* — L'asaprol, sous forme de solution aqueuse dans la proportion de 1 à 5 pour 100, soit mêlé avec de la vaseline seule ou associé à la lanoline, soit encore dissous dans du vernis à la gomme laque, a été largement essayé avec le plus grand profit chez des enfants présentant des ulcérations aux divers points de la surface cutanée, des pustules au cuir chevelu ou des éruptions impétigineuses. Je dois insister, à ce propos, sur un fait presque sans exception observé, à savoir que le médicament, en outre qu'il a été admirablement toléré aux doses employées, n'ayant jamais entraîné aucune irritation locale, son pouvoir antiseptique, hémostatique et cicatrisant a vraiment dépassé presque toujours mon attente.

Observation XXII. *Hérédo-syphilis. Ulcération ombilicale.* — Il s'agit là d'un garçon âgé d'un an et demi, admis dans le service pour être soigné de manifestations d'une intoxication malarienne aiguë, chez lequel on constatait de plus des signes marqués d'une infection syphilitique héréditaire, parmi lesquels il y avait lieu de relever une ulcération siégeant au niveau de l'ombilic, qui remontait au premier mois de l'existence de l'enfant, avec des alternatives d'atténuation et d'aggravation, en donnant presque continuellement lieu à une transsudation séro-purulente fétide. Quelques jours après son admission, au 4 juin 1894, tout en l'ayant soumis à l'usage du sirop de Gibert, j'ai institué un traitement topique sur la surface ulcérée en la recouvrant d'un vernis renfermant 5 pour 100 d'asaprol, ce qui a promptement réussi, la cicatrisation s'étant complètement opérée à la suite de quelques autres applications asaprolées.

Observation XXIII. *Hérédo-syphilis. Gomme ulcérée.* — Il s'agit d'une fillette de deux ans et trois mois, amenée dans mon

service le 14 août 1894. En outre des stigmates les mieux avérés de la vérole congénitale, elle portait, sur la région temporale gauche, une large ulcération au fond jambonné, provenant d'une gomme, donnant lieu à l'exsudation d'un liquide séro-purulent filant et extrêmement fétide. Les badigeonnages avec du vernis asaprolé ont fait promptement tarir cette exsudation et ont amené la cicatrisation de la surface ulcérée dans le court délai de quelques jours. Des onctions d'onguent napolitain commencèrent à être faites alors que l'effet cicatrisant de l'asaprol s'était manifesté déjà sensiblement.

Observation XXIV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculose.* — Fille de seize mois, amenée dans mon service le 6 août 1894. Père syphilitique. Enfant extrêmement maigre, aux chairs flasques, à la peau sèche, âpre, exubérante et parsemée de papules miliaires plus nombreuses et confluentes à la région lombo-fessière. Coryza ancien. Nez violacé. Incapable de marcher. Cuir chevelu absolument dégarni de cheveux, mais dont la plus grande partie est recouverte d'une profusion de croûtes imbriquées les unes sur les autres, provenant d'une éruption pustulaire datant de plusieurs mois, dont on aperçoit encore quelques pustules plus récemment formées. Le manque de propreté, le dépôt continu des poussières sur cette surface suppurante avaient imprimé à la tête de cette fillette un aspect bizarre et assez répugnant, dont l'odeur désagréable qui s'en dégageait augmentait encore le dégoût qu'elle inspirait. Enfin, le prurit qu'elle y éprouvait l'agaçait beaucoup et l'empêchait de dormir tranquillement dans la nuit. Cela avait contribué assez à l'accabler, ce qui était d'autant plus fâcheux que l'exploration laissait apercevoir quelques signes physiques dénonçant l'existence d'une tuberculose pulmonaire à marche lente. Ce fut aussi dans le but de la débarrasser le plus tôt possible de sa véritable carapace croûteuse et pustuleuse que j'ai eu recours aux lotions, plusieurs fois répétées dans la journée, avec une solution d'asaprol à 5 pour 100, ce qui a tout à fait répondu à mon attente. Les nou—

velles pustules se desséchèrent, l'odeur fétide disparut entièrement aussitôt après, et, au bout d'une dizaine de jours, le cuir chevelu ne laissait plus apercevoir que de rares croûtelettes prêtes à s'en détacher.

Observation XXV. *Hérédo-syphilis. Eczéma impétigineux.* — Enfant de trois mois, amené à mon service le 2 août. Deuxième enfant ; le plus âgé a eu des manifestations externes de la vérole congénitale. Alopécie. Nez violacé. Coryza. Depuis un mois, apparition d'un eczéma impétigineux ayant envahi entièrement les deux joues et les pommettes. Cette efflorescence siège sur un fond jambonné et provoque une sensation assez vive de cuisson, qui engage l'enfant à se gratter à tout instant en s'y faisant des égratignures.

On badigeonne la surface de la peau envahie avec du vernis renfermant de l'asaprol (10 pour 100). Deux jours plus tard, la coloration jambonnée était plus atténuée, en même temps que l'éruption fléchissait. Bref, le 8 août, il n'en restait que de légers vestiges.

Observation XXVI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Impétigo.*— Fille de deux ans, présentée dans mon service le 21 août 1894. Efflorescences cutanées depuis deux mois. Otorrhée pendant les premières semaines de la vie. Croûtes au cuir chevelu. Ganglions périphériques tuméfiés. Alopécie fronto-temporale. Coryza marqué. Lobule nasal violacé. Déformations rachitiques. Éruption impétigineuse occupant la face rétro-auriculaire des pavillons, de même que les deux régions temporales mastoïdiennes. Cela remonte à plusieurs mois déjà, en étant le siège d'un prurit exagéré qui engage l'enfant à s'y gratter presque continuellement, en détachant les petites croûtes qui laissent à leur place une surface sanglante et rouge. L'enfant s'éveille très souvent dans la nuit, agacée par cette sensation prurigineuse qui la tourmente, notamment pendant les journées chaudes.

Je lui prescris la liqueur de Van Swieten à l'intérieur et je lui

fais badigeonner la surface occupée par l'éruption ci-dessus avec un vernis renfermant de l'asaprol (à 5 pour 100).

Ce traitement topique a très bien réussi. La couche isolante du vernis une fois desséchée, en protégeant la peau affectée contre le grattage, a de beaucoup aidé l'action continue de l'asaprol. Bref, au bout d'une semaine environ, la réintégration cutanée était à peu près complète. L'enfant était soumise ensuite à l'usage exclusif du traitement hydrargyrique.

Observation XXVII. *Hérédo-syphilis. Impétigo.* — Fille de quatre ans, présentée dans mon service le 18 août 1894. Polyléthalité familiale. Père syphilitique. Alopécie. Otorrhée. Tuméfaction ganglionnaire. Glossite desquamative. Marche vers le dix-huitième mois. Sur la face interne des cuisses, plusieurs zones d'une efflorescence impétigineuse datant des premiers mois, avec des oscillations d'aggravation et d'atténuation, étant d'ailleurs le siège d'un prurit qui devient très pénible, surtout pendant la saison d'été.

Accès fréquents de fièvre palustre. Au cours des derniers jours, la fièvre a reparu, s'accompagnant, de plus, d'une diarrhée séro-muqueuse et fétide, avec tendance à s'aggraver. État saburral. Perte de l'appétit. Rate légèrement gonflée.

Calomel. Badigeonnage sur la face interne des cuisses avec du vernis renfermant de l'asaprol (1 pour 100).

Le 20 août, diarrhée éteinte à la suite de l'emploi du calomel. L'éruption de la cuisse presque entièrement éteinte sous l'influence des badigeonnages répétés du vernis asaprolé.

Le 24 août, plus de trace de l'impétigo. L'enfant reste soumis à l'usage des frictions mercurielles.

B. *Affections nasales.* — Les irrigations des fosses nasales avec une solution d'asaprol à 1 et à 2 pour 100 ont parfaitement réussi dans le traitement des inflammations aiguës ou chroniques de la membrane de Schneider. Cela fut particulièrement remarqué dans des cas de rhinites rattachées

à la vérole congénitale dont la fréquence est considérable dans mon service. Aussitôt après les premières irrigations, la sécrétion catarrhale s'atténue de beaucoup, et il n'est point assez rare de la voir se tarir au bout de peu de jours; aussi la rougeur, la tuméfaction de la muqueuse subissent sous peu une modification favorable. Chez les nourrissons syphilitiques dont l'obstruction des fosses nasales par l'effet de la rhinite spécifique opposent un si grave obstacle à la succion du lait, les irrigations asaprolées m'ont toujours procuré des succès souvent immédiats. Des résultats non moins satisfaisants ont été aussi recueillis dans des cas d'inflammations chroniques de la muqueuse nasale rebelles à d'autres traitements antérieurement tentés. Dans toutes les circonstances, il convient de ne jamais dépasser le dosage de 1 à 2 pour 100, car les solutions trop concentrées de l'asaprol sont susceptibles de provoquer une irritation de la membrane déjà enflammée.

Observation XXVIII. *Hérédo-syphilis. Rhinite.* — Fillette âgée de huit ans, présentant les stigmates les plus avérés de la vérole congénitale, dont on constatait aussi des traces marquées chez ses sœurs et frère, m'a été amenée, le 2 août 1894, pour être soignée des manifestations toujours croissantes d'une rhinite ancienne et rebelle, se traduisant par la tuméfaction et la rougeur considérables de la muqueuse nasale, de même que par une sécrétion muco-purulente extrêmement abondante, laquelle s'y concrétait pour former des croûtes épaisses qui obstruaient notablement les fosses nasales. Les ailes du nez, durcies, sensibles au toucher, avaient leurs contours libres fort épaissis, rougeâtres et bordés de petites croûtes. Il y avait de l'enchifrènement et de la respiration ronflante pendant le sommeil.

Je fus donc tenté d'étudier l'action des irrigations nasales avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, en lui prescrivant plus tard de l'iodure de potassium. Or, j'ai été bientôt à même d'en constater l'heureuse suite. La sécrétion se tarit progressivement, la

membrane de Schneider reprit peu à peu ses conditions normales en même temps que la respiration devenait presque tout à fait libre. Le résultat aurait été plus marqué encore si la mère n'eût interrompu prématurément les irrigations nasales, bien qu'elle eût avoué son étonnement devant le succès immédiat du traitement.

C. *Maladies de la bouche et de la gorge.* — J'ai étudié la valeur de l'asaprol dans le traitement du muguet, de la stomatite, de la pharyngite, et aussi contre l'état saburral qui accompagne les maladies infectieuses, notamment la malaria. Dans un cas d'angine diphtérique, le seul observé à la policlinique au cours de mes recherches, j'en ai tenté l'administration, tant par la voie gastrique que topiquement au moyen de badigeonnages; mais bien que cela eût été fait l'avant-veille de la mort, alors que l'intoxication générale était déjà trop avancée, les conditions locales ne manquèrent pourtant pas de subir de la part du médicament essayé une modification assez favorable, qui aurait été fort profitable si l'on avait pu agir ainsi aussitôt après l'apparition du mal. Je relèverai dans ce groupe de faits ceux concernant la coqueluche, contre laquelle j'ai tenté avec le plus grand succès l'asaprol, sous la forme de solution aqueuse à la proportion de 1 pour 100, appliquée à la région périglottique. On sait que, dès 1883, j'ai signalé l'efficacité extraordinaire des badigeonnages faits à l'entrée de l'arbre aérien avec une solution de résorcine dans le traitement de la coqueluche, tout en démontrant en même temps que le germe de cette affection trouve dans le larynx son siège d'élection. Or, ces premiers succès ne tardèrent point à être confirmés par le contrôle d'un grand nombre de cliniciens, tant en Europe qu'en Amérique, et je me crois aujourd'hui autorisé à reconnaître dans ce précieux agent antiseptique l'un des moyens les plus actifs et les plus sûrs pour détruire le micro-organisme de la coqueluche. Sans prétendre m'oc-

cuper ici de la question de la pathogénie de cette affection, je me contenterai de dire que le germe que j'ai décrit en 1883 et en 1885 comme étant la cause du mal, cultivé et inoculé sur des animaux, leur ont communiqué le mal. En 1891, j'ai confié à Moncorvo fils, chargé des travaux bactériologiques dans mon laboratoire, le soin de poursuivre mes recherches, ce qu'il a fait à l'aide de la technique la plus rigoureuse, en étudiant alors le pouvoir bactéricide des différents agents antiseptiques, soit directement sur le germe, soit sur leurs milieux de culture. Or, il ressort de ces recherches, faites du reste avec un certain nombre de substances antiseptiques, que le sublimé, la résorcine, l'acide citrique et enfin le benzo-naphtol, ont été les seuls capables de détruire promptement les germes, ainsi que d'empêcher le développement dans leurs cultures. Les données bactériologiques n'ont fait de la sorte que confirmer les suites heureuses de l'emploi thérapeutique de la résorcine. Dernièrement, en essayant dans la clinique l'usage de l'acide citrique selon la méthode adoptée pour la précédente, nous avons très bien réussi dans un certain nombre de cas. Le benzo-naphtol ne se prêtait pas à cet emploi à cause de son insolubilité aussi bien que de son action quelque peu irritante à la dose réclamée pour le cas. Le dérivé soluble de naphtol β ne pouvait donc manquer d'attirer tout de suite mon attention à ce propos, et bref je me décidai à en étudier l'action dans onze cas de coqueluche, dont l'un appartient à l'observation XIII, et rapidement guéris avant d'atteindre la période convulsive. Les autres faits ont été également autant de succès enregistrés, ce qui confirme le pouvoir signalé plus haut que possède l'asaprol d'empêcher le développement du germe de la coqueluche dans son milieu nutritif.

Observation XXIX. *Muguet.* — Petite fille d'un mois et demi, amenée dans mon service, le 17 juillet 1894, pour être soignée

d'un dépôt de muguet qui, ayant débuté sur la face dorsale de la langue, commençait à envahir la muqueuse pharyngienne, de même que la face interne des joues. L'enfant tétait péniblement et vomissait fréquemment.

J'ordonne des lavages répétés de la cavité bucco-pharyngienne avec une solution d'asaprol à 5 pour 100. Les applications furent régulièrement pratiquées, et au bout d'une semaine, il ne restait plus de traces du muguet.

Observation XXX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Pharyngo-stomatite.* — Enfant de deux ans, présentée au service le 29 août 1894. A partir de deux jours, déglutition fort douloureuse, sensation de chaleur et brûlure à la gorge, sécheresse de la bouche, soif, anorexie. En même temps que cela, courbature, céphalée, élévation de la chaleur du corps. Muqueuse gingivale turgide, rouge et douloureuse. Langue très chargée. Voile du palais rouge et très œdématié. Les amygdales gonflées et douloureuses au toucher. Enfin la muqueuse pharyngienne d'un rouge intense et tuméfiée. Aussi le tissu adénoïde rétro-pharyngien quelque peu gonflé. Haleine fétide. Toux rauque. Quelques râles ronflants épars dans les deux poumons. Le foie et la rate un peu congestionnés. Je prescris une potion avec 1 gramme de quinine et je fais badigeonner la muqueuse buccale et pharyngienne avec un vernis renfermant de l'asaprol dans la proportion de 5 pour 100.

Le 31 août, œdème du voile du palais très diminué. Déglutition moins pénible. Haleine moins fétide. Amygdales plus dégonflées. Température rectale, 37°,4.

On maintient le même traitement.

Le 3 septembre, la fièvre s'éteignit définitivement. Rate quelque peu gonflée. La muqueuse bucco-pharyngienne ne présente plus de signes d'inflammation ; elle a repris sa coloration normale et n'a plus de trace d'œdème. Haleine absolument inodore. La déglutition sans la moindre peine. Langue parfaitement nette.

On suspend alors les badigeonnages avec le vernis asaprolé et

l'on poursuit le traitement antimalarien pendant quelques jours encore.

Observation XXXI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Stomatite traumatique.* — Garçon âgé de trois ans, rachitique, avec des signes d'une infection hérédo-syphilitique. On l'amène à cause des conséquences d'une chute qu'il avait faite l'avant-veille en frappant sur le trottoir la partie antérieure de la mâchoire. Il en était résulté une inflammation intense de la muqueuse labiale, ainsi que de la partie antérieure de la gencive, qui était rouge, gonflée, douloureuse, décollée au niveau de son bord libre, et saignant à la moindre pression. Au niveau du sillon labio-gingival, la muqueuse était érosée ; aussi les incisives médianes inférieures étaient ébranlées. Depuis la veille, une fièvre à type rémittent s'était de plus déclarée, la température rectale étant à 38°,9.

On lui prescrit une potion au phénocolle et un collutoire avec de l'asaprol à 2 pour 100.

Trois jours après, la chaleur était normale et la stomatite se trouvait absolument éteinte. Le bord gingival était recollé et ne saignait plus.

Observation XXXII. *Hérédo-syphilis. Tuberculose. Glossite pultacée.* — Firmino, treize mois, vue pour la première fois le 19 juillet 1894. Régime alimentaire extrêmement vicieux depuis le deuxième mois. Troubles digestifs presque continus. Ralentissement marqué de la nutrition générale. Maigreur presque squelettique contrastant avec la grosseur considérable du ventre. Polyadénopathie. Efflorescences cutanées. Coryza. Otorrhée. Toux sèche. Fièvre à type rémittent depuis deux mois. Perte totale de l'appétit. Soif vive. Constipation alternant avec de la diarrhée. Langue recouverte, de la pointe à la base, d'une couche formée par un enduit crémeux, jaunâtre et fort épais, qui datait de plus de deux mois, malgré toutes les tentatives pour le faire disparaître. La langue une fois râclée, l'enduit se reconstitue

promptement. L'haleine est très fétide et la salivation abondante.

Le 20 juillet, j'institue, à côté des autres moyens thérapeutiques tels que le chlorhydrate de phénocolle, la créosote et l'onguent napolitain, des collutoires avec de l'asaprol (à 2 pour 100).

Le 23 juillet, le tiers antérieur de la face dorsale de la langue est dépourvu du dépôt pultacé.

Le 25 juillet, la salivation était de beaucoup amoindrie, la muqueuse linguale étant alors devenue plus nette.

Enfin, le 27 juillet, tout avait disparu de ce côté, la muqueuse linguale était rosée, lisse; il ne restait plus de trace de l'épais enduit, de même que l'haleine avait tout à fait perdu l'odeur fétide du début. La sialorrhée a cessé également, en même temps que l'appétit commença graduellement à renaître.

Observation XXXIII. *Malaria. État saburral.*— Il s'agit, dans ce cas, d'une fillette de quatre ans atteinte de malaria aiguë soignée dans mon service, chez laquelle, malgré le succès du traitement par le bleu de méthylène, on constatait la permanence d'un état saburral fort accusé et très rebelle. Des lavages répétés de la muqueuse buccale avec une solution d'asaprol à 2 pour 100 amenèrent promptement la disparition de la couche épaisse de saburre, la modification de l'haleine et le relèvement de l'appétit.

Observation XXXIV. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Juliette, neuf ans, admise le 24 juillet 1894. Enfant rachitique, avec des stigmates d'hérédo-syphilis. Depuis plusieurs jours, fièvre à type rémittent accompagnée de gonflement marqué du foie, anorexie, et constamment un dépôt saburral fort épais, jaunâtre, occupant toute la face dorsale de la langue. Haleine fétide.

Le 26 juillet, l'état saburral restant encore très prononcé malgré l'abaissement de la chaleur à la normale, j'ai eu recours à des badigeonnages sur la muqueuse buccale avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. L'antisepsie ainsi pratiquée a été suivie d'un succès immédiat, car trente-six heures après, la langue se

trouvait absolument dépourvue de tout enduit, l'haleine fétide avait complètement disparu.

Observation XXXV. *Hérédo-syphilis. Malaria. Angine tonsillaire.* — Garçon âgé de quatre ans, portant des stigmates de la vérole congénitale, lequel, admis dans le service pour être soigné d'une fièvre paludéenne, fut atteint, au cours du traitement, d'une pharyngite accompagnée de l'engorgement marqué des amygdales, notamment de celle du côté gauche. La muqueuse était rouge, tuméfiée, et la déglutition assez douloureuse. Ces manifestations n'amenèrent pourtant qu'une très légère élévation de la chaleur.

Les badigeonnages avec une solution d'asaprol à 2 et demi pour 100 en triomphèrent promptement, et au bout de quarante-huit heures, la rougeur et la tuméfaction de la gorge avaient presque complètement disparu, de même que les amygdales s'étaient sensiblement dégonflées. La déglutition était aussi devenue beaucoup moins pénible. Bref, un nouvel examen, pratiqué deux jours après, permit de reconnaître l'extinction du processus inflammatoire, n'en restant plus qu'une légère sclérose amygdalienne préexistante tenant à la syphilis héréditaire.

Observation XXXVI. *Hérédo-syphilis. Coqueluche.* — Fillette âgée à peine de trente-six jours, amenée dans mon service le 26 octobre. Polyléthalité. Facies sénile. Peau parcheminée, couverte d'une éruption papuleuse miliaire. Coryza. Toux quinteuse datant de trois jours, pouvant être aisément éveillée par la compression du cartilage thyroïde. Aucun symptôme de bronchite.

Il y avait plusieurs enfants affectés de coqueluche au voisinage de cette fillette. La toux se montre plus fréquente pendant la nuit et se complique parfois de spasme de la glotte.

J'ordonne de suite des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 3 novembre, badigeonnages interrompus depuis les cinq derniers jours ; nonobstant les quintes avaient cessé, de même

qu'on ne pouvait plus les provoquer par la compression du cartilage thyroïde.

Observation XXXVII. *Coqueluche.* — Gaston, six mois, présenté dans mon service le 18 septembre 1894. Le second de deux enfants. Mère poitrinaire. Toux quinteuse depuis quinze jours, sans s'accompagner pourtant d'élévation de la chaleur. Quelques râles sibilants épars. Constipation. Calomel. Inhalations de pyridine.

Malgré ces inhalations, la toux n'a fait que devenir de plus en plus fréquente et quinteuse, au point que, le 22 septembre, on n'avait plus de doute sur l'existence de la coqueluche. Les quintes étaient aisément provoquées par la compression du cartilage thyroïde et suivies des reprises caractéristiques. Apyrexie. Quelques râles ronflants et sibilants épars.

Je me décide à essayer les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100, pratiqués toutes les deux heures dans la journée.

Le 27 septembre, atténuation immédiate des quintes, qui ont cessé définitivement depuis hier. Les badigeonnages périglottiques sont d'ailleurs incapables de les réveiller.

On poursuit cependant le traitement sans aucun changement.

Le 29 septembre, toujours bien. Plus de quintes, l'enfant dort tranquillement la nuit, sans le plus léger mouvement de toux. La titillation, aussi bien que les badigeonnages, ne réveillent point la plus légère quinte.

Même traitement.

Le 6 octobre, je revois l'enfant et je suis à même de constater la guérison définitive de la coqueluche. Je suspend alors le traitement.

Observation XXXVIII. *Malaria. Coqueluche.* — Isabelle, sept mois, née à Rio, admise dans mon service le 12 septembre 1894.

Coqueluche remontant à quinze jours et ayant atteint sa période convulsive. Quintes très violentes au nombre de vingt dans

les vingt-quatre heures et accompagnées de vomissements alimentaires. Elles sont plus fréquentes la nuit et empêchent, par suite, l'enfant d'avoir un sommeil calme et prolongé. Apparition, depuis les derniers jours, d'un mouvement fébrile à marche assez irrégulière. Diarrhée. Engorgement hépatique peu marqué. État saburral. Prostration.

Calomel.

Le 13 septembre, température rectale, 38°,5. Foie encore engorgé.

Potion renfermant 1 gramme d'asaprol. Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 15 septembre, température rectale, 37°,3. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. Selles au nombre de deux et d'aspect et consistance physiologiques.

Coqueluche notablement amendée; dix quintes journalières plus faibles et plus espacées.

On maintient sans interruption la potion et les badigeonnages asaprolés.

Le 20 septembre, la chaleur ne remonte plus au-dessus de la normale. Langue nette. L'enfant tette bien. Plus de reprises. La toux est à peine légèrement quinteuse. J'ordonne le même traitement, mais on ne me la ramène plus, ce qui me porte à croire qu'il n'y a pas eu de récidives.

Voici donc un cas où l'asaprol se montre efficace, tant en ce qui regarde le traitement de l'intoxication malarienne que celui de la coqueluche dont il amène la prompte disparition.

Observation XXXIX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Coqueluche.* — Ermelinda, onze mois, née à Rio, présentée le 28 juin 1894. Déformations rachitiques. Alopécie. Efflorescences pustuleuses sur les cuisses et les fesses. Lobule nasal violacé. Coryza permanent et copieux dès les premiers jours de sa naissance. Érythème péri-nasal. Otorrhée double assez abondante

remontant aussi à la première semaine. Ganglions cervicaux tuméfiés. Signes de gastro-ectasie. L'écoulement nasal et auriculaire, dernièrement exagéré, a été la cause principale de la présentation de l'enfant. Je prescris des onctions avec de l'onguent napolitain et des irrigations nasales et auriculaires avec une solution d'asaprol à 2 pour 100.

Le 4 juillet, l'atténuation de l'écoulement en fait prévoir la prompte disparition, qui était, au fait, constatée trois jours plus tard.

Le 26 juillet, manifestations cutanées presque entièrement éteintes. Toux grasse. Fièvre depuis la veille. Rate légèrement engorgée. Température rectale, 38°,4.

Phénocolle, 40 centigrammes.

Le 27 juillet, température rectale, 37 degrés. État saburral.

Phénocolle, 30 centigrammes. Collutoire d'asaprol (2 pour 100) jusqu'au 31 juillet. La chaleur se maintient au chiffre normal, la langue étant d'ailleurs tout à fait dépourvue de son enduit saburral. En la croyant entièrement rétablie, sa mère ne la ramène au service que le 31 août, en me déclarant que son enfant se trouvait assez bien lorsque, vers la nuit du 18 au 19 août, la fièvre s'était rallumée, en même temps que survinrent des vomissements et de l'agitation. Température rectale, 39 degrés. État saburral. Lobe gauche du foie engorgé. Rate augmentée dans son diamètre vertical. Selles diarrhéiques. Quelques gros râles disséminés. Je lui prescris cette fois 1 gramme d'asaprol journellement, en potion.

Le 22 août, sommeil beaucoup plus calme. Température rectale, 38 degrés. Plus de selles diarrhéiques. Langue plus nette. Foie et rate dégonflés. Râles plus rares.

On répète la potion asaprolée à la dose journalière de 1 gramme.

Le 23 août, température rectale, 37 degrés. État saburral presque nul. Appétit accru. Peau humide. Sommeil assez tranquille. Selles physiologiques. Toujours la potion d'asaprol.

Le 24 août, température rectale, 36°,8. Langue nette. Meil-

leur appétit. Enfant plus gaie et plus alerte. Toux quinteuse avec les allures de la coqueluche à son début. Le coryza, de même que l'otorrhée, commencent à reparaître. J'ordonne de nouvelles irrigations avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 28 août, la coqueluche se révèle assez clairement, quoiqu'elle n'ait pas encore atteint la période convulsive. Des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100 commencent à être pratiqués ce même jour toutes les deux heures.

Le 3 septembre, c'est-à-dire une semaine après l'institution du traitement topique, la coqueluche avait été enrayée avant qu'elle eût dépassé sa première période.

L'écoulement nasal et auriculaire s'était aussi arrêté, en même temps que l'enfant restait continuellement apyrétique.

On a vu dans cette observation l'asaprol essayé dans des buts différents, tant comme antimalarien par la voie gastrique, que pour combattre la coqueluche au moyen de badigeonnages périglottiques, ou encore sous la forme de collutoires et d'irrigations auriculaires et nasales, le résultat en ayant été excellent.

Observation XL. *Malaria. Coqueluche. Adénopathie trachéo-bronchique.* — Alfred, quinze mois, admis dans mon service le 12 septembre 1894, à cause d'une fièvre palustre datant de quelques jours et compliquée d'une diarrhée dysentériforme qui le tourmentait beaucoup. A côté de la quinine par la voie gastrique, je me suis adressé avec le plus grand profit à l'emploi de l'asaprol sous la forme de lavages intestinaux (solution à 1 pour 100). Le 15 octobre suivant, la fièvre avait cessé et les fonctions digestives s'étaient régularisées. A partir de ce jour, on constata la présence de quelques râles ronflants épars, en même temps que l'enfant avait commencé à tousser dès la veille. Bref, le 22 octobre, la toux avait pris les caractères classiques de la coqueluche ; elle apparaissait par quintes, au nombre de

vingt par jour, suivies de reprises, et s'accompagnant souvent de vomissements alimentaires.

Je lui prescrivis des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 5 pour 100.

Le 26 octobre, quintes fort amendées, non plus suivies de reprises ; au cours de la nuit dernière, à peine cinq quintes.

Le 28 octobre, l'enfant continue toujours d'être apyrétique, dort mieux et mange d'un assez bon appétit. Quintes au nombre de cinq, très courtes et pas plus sibilantes. Les badigeonnages périglottiques n'éveillent plus la toux. Ils ont été pratiqués journellement avec une certaine régularité toutes les deux heures.

Le 3 novembre, la coqueluche se trouvait éteinte.

Ce garçon a été pris, le 9 novembre, d'une crise asthmatoïde accompagnée de chaleur fébrile, qui réclama un traitement approprié.

Observation XLI. *Malaria. Coqueluche.* — Marie, un an et demi, présentée le 11 octobre 1894. Coqueluche datant de quinze jours et en pleine période convulsive. Vingt quintes très intenses dans les vingt-quatre heures, provoquant presque souvent des vomissements. Aucun signe appréciable de bronchite. Depuis quelques jours, accès de fièvre à type irrégulier. État saburral. Inappétence. Selles pâteuses. Insomnie.

Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. Potion quinique.

Le 13 octobre, coqueluche sensiblement amendée, les quintes ayant d'ailleurs perdu de beaucoup leur caractère sibilant. Fièvre moins accusée, avec des intermittences marquées.

On insiste sur le même traitement.

Le 20 octobre, fièvre éteinte. Langue nette. Appétit recouvré. Malgré l'interruption des badigeonnages au cours des deux derniers jours, les quintes, assez faibles déjà et non plus suivies de reprises, n'excèdent pas cinq dans les vingt-quatre heures.

Le 23 octobre, la coqueluche pouvait être dite éteinte. Les

badigeonnages asaprolés, pratiqués jusqu'alors sans la moindre interruption, furent poursuivis pendant quelques jours encore.

Observation XLII. *Coqueluche.* — Rubens, deux ans et quatre mois, amené dans mon service le 7 décembre 1894. Coqueluche reconnue quatre jours auparavant, alors que la toux, à peine légèrement quinteuse pendant près d'une semaine, était suivie de reprises caractéristiques. Aussi la fréquence et l'intensité des quintes s'étaient progressivement accrues, à ce point qu'elles se répétaient souvent plus d'une fois à chaque heure, en amenant presque toujours des vomissements. Commencement de formation de plaques diphtéroïdes. Quelques râles ronflants disséminés. Toujours apyrétique. Vers la soirée du jour de son admission, on a inauguré le traitement par les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le jour même où je termine ce travail, c'est-à-dire une semaine après le début du traitement, je constate la disparition de la coqueluche. L'enfant a, deux ou trois fois par vingt-quatre heures, un léger mouvement de toux qui n'en a plus les caractères.

Observation XLIII. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Coqueluche.* —Amelia, trois ans, vue pour la première fois le 22 octobre 1894. Sa mère vient me la présenter pour la débarrasser d'une coqueluche qui durait depuis plus de quatre semaines, se traduisant par des quintes d'une assez grande intensité, au nombre de près de dix par jour, encore suivies d'inspirations sibilantes et provoquant des vomissements alimentaires. Plaque diphtéroïde peu marquée. Enfant chétive, rachitique, portant des stigmates de l'hérédo-syphilis ainsi que des signes d'une adénopathie bronchique.

J'institue sans retard le traitement topique de la coqueluche par les badigeonnages avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 24 octobre, amélioration imprévue. Pas une seule quinte la nuit dernière. On poursuit les badigeonnages asaprolés.

Le 26 octobre, la coqueluche peut être dite éteinte. L'enfant a

de très rares mouvements de toux, mais celle-ci est fort légère et pas plus quinteuse.

J'insiste pourtant encore sur l'emploi de l'asaprol.

Le 5 novembre, plus de trace de la coqueluche. Ni la compression du cartilage thyroïde, ni la titillation de l'épiglotte ne provoquent le moindre mouvement de toux.

Je revois encore l'enfant le 9 novembre, et je peux constater la persistance de la guérison de la coqueluche.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique médicale.

Nouvelle contribution à l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle. — Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives. — Traitement des crises gastriques et dyspepsie chronique des diabétiques. — Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac. — Hydrothérapie contre la sciatique.

Nouvelle contribution à l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle (H. Kacharzewski, *Nouveaux Remèdes*, 1895). — 1° Donné à la dose de 30 à 60 centigrammes toutes les deux heures, le chlorhydrate de phénocolle agit comme un bon antipyrétique; 2° la dose de 40 à 50 centigrammes fait assez souvent cesser les névralgies; parfois elle ne fait qu'en diminuer l'intensité; 3° à la dose de 50 centigrammes répétée plusieurs fois par jour, il provoqua une amélioration notable dans trois cas de rhumatisme chronique; 4° les doses injectées doivent être de beaucoup inférieures à celles prescrites à l'intérieur (dose maxima quotidienne par ingestion : 3 grammes); 5° l'urine peut parfois prendre une coloration sombre, mais pas d'albuminurie, pas de phénomènes fâcheux secondaires du côté d'aucun organe.

Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives (G. Linossier, de Lyon, *Bulletin mé-*

dical, 24 mars 1895, nº 24). — Pour l'auteur, le bicarbonate de soude à haute dose calme en général la plupart des malaises qui coïncident avec la fin de la digestion stomacale, quel que soit le trouble clinique de la sécrétion, lorsque les malades présentent tous les trois caractères suivants :

1° Douleurs survenant vers la fin de la période digestive ;

2° Diminution plus ou moins marquée de la sécrétion chlorhydrique ;

3° Sédation des douleurs par le bicarbonate de soude à haute dose administré au moment des malaises.

On administrera le bicarbonate de soude un moment avant l'heure habituelle des malaises.

La dose variera de 50 centigrammes à 2 grammes ; elle pourra être renouvelée si l'action sédative n'est que momentanée. On l'administrera avec avantage dans une infusion très chaude, l'action excito-motrice de l'eau chaude accentuera l'effet du sel alcalin.

Traitement des crises gastriques et dyspepsie chronique des diabétiques (Grube, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 2 mars 1895). — On a comparé ces accidents du diabète aux crises gastriques des tabétiques.

Ce sont des troubles digestifs qu'on peut catégoriser en deux variétés cliniques.

Les *crises gastriques* des diabétiques ont les allures d'une crise gastrique de tabétique. Début brusque, violente douleur épigastrique, tympanisme abdominal et éructations dues à des contractions vives de l'estomac, appréciables parfois à l'inspection. Puis, nausées, vomissements acides, diarrhée, crampes dans les extrémités inférieures, et état saburral des premières voies.

L'examen de l'urine révèle du sucre et de l'urée, et l'haleine du malade a l'odeur de chloroforme.

Le pronostic de ces crises est grave ; elles annoncent une échéance fatale prochaine.

La *dyspepsie chronique* des diabétiques est passagère et périodique. Elle a pour caractère la diminution de l'appétit, le dégoût de la viande, le retard de la digestion, la constipation. Chacune de ces formes motive une intervention thérapeutique différente.

Contre les *crises gastriques diabétiques*, Grube conseille d'urgence un lavement huileux laxatif et des applications de cataplasmes chauds sur l'abdomen. Point de remèdes à l'intérieur; ils seraient rejetés par les vomissements. Après la disparition des douleurs, bouillon léger, grogs. Puis l'estomac redevient tolérant; régime modérément antidiabétique, diminution des viandes, prévenir la constipation.

Contre la *dyspepsie chronique des diabétiques*, Grube prescrit l'extrait alcoolique de pancréas de bœuf. La glande tout entière est hachée; elle doit être bien fraîche. Après macération dans 500 grammes d'alcool à froid, au besoin par immersion dans un bain d'eau glacée pendant quarante-huit heures, on filtre et l'on administre quotidiennement un verre à liqueur de cet extrait après chaque repas.

Cette médication est sans influence sur la glycosurie; elle fait disparaître les troubles dyspeptiques et prévient la constipation. Ce sont ses seuls mérites.

Elle doit être discontinuée quand les troubles digestifs ont disparu; mais il faut y revenir dès qu'ils reparaissent.

Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac (H. Huchard, *Revue générale de clinique et de pharmacie*, 16 février 1895). — L'acide chlorhydrique agit comme *eupeptique* et *antiseptique*. Il est naturellement indiqué dans tous les cas où il y a *ana* ou *hypochlorhydrie*, c'est-à-dire dans les gastrites chroniques, cancer de l'estomac, pyrexies diverses, tuberculose, affections cardiaques à répercussion gastrique, souvent dans la chlorose et l'anémie, dans la neurasthénie. Mais le diagnostic doit être bien fait, pour éviter l'addition d'acide chez les hyperchlorhydriques.

La meilleure forme d'administration consiste à administrer soit :

1°	Eau distillée....................	500	grammes.
	Acide chlorhydrique............	2	—

Un verre à bordeaux vers la fin et une demi-heure après le repas.

Ou bien :

2°	Eau distillée....................	300	grammes.
	Acide chlorhydrique............	3	—

Une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau tiède ou froide, à la fin du repas.

Inutile de prolonger la médication plus de trois semaines ; elle peut être reprise après quinze jours de repos.

Administré ainsi après le repas, au milieu de la masse alimentaire, l'acide chlorhydrique agit comme *eupeptique;* il active la digestion stomacale et la rend possible chez les hypochlorhydriques qui, sans cela, voient supprimer la digestion par la pepsine (possible seulement en présence d'acides), et chez lesquels la digestion intestinale vient suppléer l'estomac en faisant seule tout le travail, au grand préjudice de l'organisme.

Comme *antiseptique*, l'acide chlorhydrique rend des services trop peu connus, car il est par excellence l'antifermentescible de l'estomac. Mais alors il doit être administré longtemps après le repas, dans la période de vacuité. Il est indiqué ainsi dans les gastrites caractérisées par des fermentations anormales.

Souvent, dans un cas, il y a avantage à combiner les deux méthodes, c'est-à-dire à l'administrer d'abord au moment du repas, puis quelques heures après.

Chez les fébricitants, il y a grande utilité à administrer l'acide chlorhydrique à assez haute dose (trois ou quatre fois par jour, un demi-verre ou un verre d'une solution au quatre-millième) pour faciliter la digestion des faibles quantités d'aliments ingérés et aussi pour rendre régulière et rapide l'absorption des médicaments.

Hydrothérapie contre la sciatique. — B. Buxbaum (*Blätter f. Klin. Hydrotherapie*, 1894, n° 4) a soumis 36 cas de sciatique à l'hydrothérapie proposée par Winternitz et Pospischil. Voici sa manière d'agir : on commence par une douche froide générale de courte durée, pour faire agir ensuite, pendant une minute environ, la vapeur chauffée jusqu'à 40 degrés centigrades environ sur l'extrémité malade, après quoi on applique sur le membre une douche froide en jet brisé. La vapeur chaude et la douche froide en jet brisé alternent de la sorte pendant cinq à six minutes. Après ce laps de temps, le malade prend un bain froid de courte durée et on l'essuie rapidement.

Sur les 36 cas de sciatique traités par l'hydrothérapie, 32 guérirent. Les 4 cas restants étaient d'origine tuberculeuse ; le traitement fut abandonné dès la première application de la douche. En règle générale, le succès ou l'échec de la première application serait de grande importance pour le succès du traitement ultérieur. L'amélioration survient-elle dès la première séance (ce qui arrive dans la plupart des cas), on peut alors être certain que l'on a affaire à un cas curable. La première application de la douche reste-t-elle sans résultat aucun et, à plus forte raison, si elle provoque une aggravation, il s'agit alors d'une sciatique symptomatique d'une affection incurable, et l'on fera alors bien de laisser tout à fait de côté le traitement par la douche. (*Therapie der Gegenwart*, mars 1895, p. 168.)

Thérapeutique chirurgicale.

Trente cas de rein mobile traités chirurgicalement. — Cas dans lequel les symptômes prodromiques d'une occlusion intestinale aiguë ont disparu après l'enlèvement d'un corps étranger de l'anus. — Trente cas d'opération d'Alexandre pour rétroflexion et rétroversion de l'utérus. — Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration. — Sur la splénopexie.

Trente cas de rein mobile traités chirurgicalement. — W. Bruce Clarke (communication à la Société médicale de Londres,

séance du 11 mars 1895 ; *British medical Journal*, 16 mars 1895, p 575-578) divise les déplacements du rein en aigus et chroniques.

Dans le cas de rein mobile aigu, « dislocation rénale aiguë », le symptôme le plus saillant, c'est la douleur. Elle survient subitement, sans cause occasionnelle aucune, soit après un effort ou un coup à la région lombaire. C'est une douleur parfois très intense, et c'est pour son soulagement que les malades réclament l'intervention du chirurgien. De temps en temps, il survient des vomissements et le ventre finit par devenir sensible au toucher. La douleur survient par accès qui durent de quelques heures à un ou deux jours. Parfois elle est moins accusée; les malades se plaignent alors d'une sensation de courbature aux lombes s'aggravant à la suite d'un travail dur ou des exercices de n'importe quelle nature. Chez les femmes, la douleur s'accuse invariablement pendant les règles. Dans l'intervalle des accès, même en l'absence de toute sensation douloureuse, le rein est sensible au toucher. La douleur est-elle très intense, on constate alors de l'oligurie et l'urine est sanguinolente. Dans les cas moins graves, elle est à peu près normale.

Il est difficile, sinon impossible, de tirer une ligne de démarcation nette entre les cas aigus et chroniques, tant sont nombreux les cas de passage entre ceux-là et ceux-ci. En effet, même dans les cas où la douleur semble faire complètement défaut, on peut la retrouver dans les commémoratifs. Aussi l'auteur range-t-il sous ce chef tous les 21 cas de rein mobile non compliqués de dilatation notable du bassinet.

C'est à la néphrorrhaphie que l'auteur a eu recours dans la majorité des cas (27). Les résultats étaient excellents dans 15 cas : disparition complète des douleurs et de tous les autres symptômes morbides. La guérison s'est maintenue longtemps après l'opération (jusqu'à quatre ans dans 1 cas). Dans 8 autres cas, il ne survint que de l'amélioration plus ou moins accusée. Enfin, dans 4 autres cas, l'auteur fut obligé de pratiquer une néphrectomie

secondaire. Dans les 3 cas restants, la néphrectomie fut jugée indispensable dès le commencement.

Il faut remarquer immédiatement qu'il est tout à fait impossible de prévoir si le rein mobile est pourvu ou non de mésonéphron, en d'autres termes si l'on aura besoin ou non d'ouvrir le péritoine pendant l'opération. Il va sans dire que le pronostic s'aggrave toutes les fois qu'il y a le péritoine interposé. Sur deux cas opérés de la sorte, un guérit complètement par la néphrorrhaphie, tandis que dans l'autre on fut obligé de pratiquer une néphrectomie secondaire.

De toutes ses observations, l'auteur conclut que plus l'opération est précoce, et plus on a de chances de voir disparaître complètement les douleurs et de prévenir les dégénérescences destructives du parenchyme rénal qui mettent en danger les jours du malade. Le bassinet est-il considérablement dilaté, la substance sécrétoire du rein a-t-elle subi des processus dégénératifs, l'uretère est-il par trop élongué de manière à former des coudures, il vaut mieux se décider séance tenante à la néphroctomie, pourvu que l'autre rein fonctionne encore dans des conditions satisfaisantes.

Cas dans lequel les symptômes prodromiques d'une occlusion intestinale aiguë ont disparu après l'enlèvement d'un corps étranger de l'anus. — J. Grundzach (*Wien. med. Pr.*, 1895, n° 10, p. 365 et 366) rapporte l'histoire d'un homme de trente ans chez lequel, après un souper copieux, sont survenus des douleurs intenses dans toute l'étendue de l'abdomen, du ténesme, de la constipation, la suppression complète des gaz et de l'inappétence. Cet état persista pendant vingt-quatre heures, malgré l'administration du calomel et de l'huile de ricin. L'auteur diagnostiqua une occlusion intestinale au début, et ayant appris du malade qu'au souper il avait avalé un os de poisson il introduisit son doigt dans l'anus et, à 8 centimètres de hauteur de l'orifice externe, dans l'ampoule rectale, il rencontra cet os appuyé par ses deux bouts sur les parois rectales. Après quelques

essais infructueux, il réussit à mobiliser l'os retenu en place par l'intestin contracturé sur lui et à le faire sortir par l'anus. Tous les symptômes morbides disparurent comme par enchantement.

L'auteur s'appuie sur cette observation personnelle et sur un autre cas observé par lui en commun avec un collègue, pour recommander vivement de ne pas négliger le toucher rectal qui peut fournir, dans un grand nombre de cas, des données précieuses et éclairer d'un jour inattendu le diagnostic hésitant. Le toucher rectal, il est vrai, est désagréable et pour le médecin et pour le patient; d'où leur répugnance pour ce mode de recherche. Mais il ne faut pas s'y arrêter et ne pas perdre de vue que, dans un grand nombre de cas très difficiles, cet examen nous fait, pour ainsi dire, toucher du doigt le diagnostic recherché, tels que, par exemple, nodules hémorroïdaux, polypes, cancers, incarcérations, prolapsus rectal, masses fécaloïdes, corps étrangers, etc. Aussi faut-il pratiquer le toucher rectal toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qui éveille le soupçon d'une affection de cette nature. Surtout il ne faut pas oublier que des corps étrangers peuvent parfaitement traverser, sans incident aucun, l'estomac et l'intestin et ne s'arrêter que dans l'ampoule rectale; ils font alors éclater des phénomènes d'une occlusion intestinale plus ou moins aiguë, qui ne peuvent être conjurés que par l'enlèvement du corps étranger par l'anus.

Trente cas d'opération d'Alexandre pour rétroflexion et rétroversion de l'utérus. — O. Kuestner (*Centralbl. f. Gyn.*, 1895, n° 7) s'est assuré, dans 30 cas de rétroversion et rétroflexion de l'utérus, des résultats excellents donnés par l'opération d'Alexandre qu'il considérait autrefois d'un œil un peu sceptique. Pour que l'opération réussisse, il faut de toute nécessité que la rétroflexion soit absolument mobilisable dans toutes les directions.

Voici son procédé opératoire :

Après avoir remis préalablement l'utérus dans sa position nor-

male, on pratique à gauche une incision longue de 6 à 8 cen
mètres dans la direction du ligament de Poupart ou un peu a
dessus ; le point de départ de cette incision est la tubérosité
pubis. Dès que le *fascia superficialis* est complètement mis à n
on reconnaît l'anneau inguinal externe aux pelotons de grai
qui en ressortissent ; on fend alors, à coups de ciseaux, tout l'
neau inguinal. Son contenu est saisi par une pince à griffes
Kœberlé et l'on passe à l'isolement du ligament rond. L'isolem
de ce ligament large d'un demi à trois quarts de centimètre
il accompli, on l'amène au dehors par traction digitale jusq
apparition nette du *processus vaginalis* du péritoine ; c'est ce p
cessus que traverse la première suture fixative au catgut,
comprend en même temps le *fascia superficialis*. Ordinaireme
la deuxième suture passe, elle aussi, à travers le cône du prol
gement péritonéal, les deux ou trois sutures restantes travers
la partie libre du ligament qu'ils unissent au fascia et aux par
molles jusqu'à l'angle externe de l'incision cutanée. Amputat
de la portion non suturée du ligament rond. Fermeture de
plaie par des sutures étagées. Craint-on de laisser trop d'esp
entre les sutures? On pratiquera alors une suture compress
c'est-à-dire on recoudra ensemble, au-dessus de la ligne de
ture, deux replis cutanés parallèles à cette suture. Cette sut
compressive rend tout à fait superflu tout drainage et garan
d'une manière presque absolue, la réunion profonde par p
mière intention. La même opération sera alors faite du côté
posé. Pansement, pas de pessaire, repos au lit pendant hui
dix jours ; les malades quittent souvent l'hôpital guéries, dès
quatorzième jour après l'opération.

L'auteur a réussi, dans tous les cas, à conserver l'utérus
antéversion et en antéflexion excellentes, que la vessie soit vide
remplie. La position obtenue par ce procédé se rapproche pl
de la normale que celle fournie par n'importe quel autre procé
de fixation vaginale ou ventrale. (*Wien med. Pr.*, 1895, n°
p. 333.)

Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration. — R. Lütkens (*Deutch med. Wochenschrift*, 1895, n° 5) rapporte l'histoire d'un vieillard de soixante-cinq ans, atteint, depuis plusieurs années, de troubles urinaires aggravés encore à la suite du cathétérisme. Le toucher rectal permit de constater la présence d'une tumeur de la prostate de la grosseur d'un œuf de poule. Le malade étant dans l'impossibilité absolue d'uriner spontanément et le cathétérisme présentant des difficultés, l'auteur s'est décidé à pratiquer la castration. Peu de temps après l'enlèvement des deux testicules, le patient fut déjà à même d'uriner spontanément; le dixième jour, il pouvait déjà se passer complètement du cathéter, et après quelques semaines, le jet d'urine était vigoureux, sa santé était rétablie.

Quant à la tumeur de la prostate, pendant les premiers jours après l'opération, elle demeura sans changement aucun; mais déjà le dixième jour, la moitié gauche de la tumeur commença à diminuer notablement pour finir à être à peine perceptible après deux semaines, tandis que la moitié droite atteignait encore la grosseur d'une noisette. Le toucher rectal, pratiqué cinq mois après l'opération, permit de constater la disparition complète de l'hypertrophie; tout rentra dans l'ordre et les rapports entre la prostate et les autres organes étaient devenus tels qu'on les rencontre chez les jeunes hommes.

Aussi l'auteur est-il d'avis de traiter dans l'avenir par la castration tous les cas d'hypertrophie prostatique un peu accusée d'autant plus que ce procédé opératoire ne présente aucun danger et est préférable à tous les autres modes de traitement proposés, même au cathétérisme. (*Wien. med. Pr.*, 1895, n° 8, p. 300 et 301.)

Sur la splénopexie. — Rydigier (*Pszeglad lekarski*, 1895, n° 3) propose de ne pas extirper la rate mobile, mais de la suturer au péritoine, ainsi qu'il l'a fait dans un cas dont la descrip-

tion détaillée sera donnée ultérieurement. Incision sur la lig blanche; on remet alors la rate dans sa position normale p trouver l'endroit précis où elle sera fixée. Après avoir écarté rate, on fait des entailles sur le péritoine recouvrant les onziè dixième et neuvième côtes, et l'on forme à leurs dépens, à l'a du manche du scalpel, une poche dans laquelle on enfoncera rate en suturant le ligament gastro-splénique au bord de c poche. On peut même faire passer quelques sutures à traver parenchyme splénique; de même aussi, pour obtenir une un plus intime de la rate avec la poche péritonéale, on peut irr un peu la capsule de la rate. (*Wien. med. Pr.*, 1895, n° 9, p. 33

Conférences de gynécologie.

Le docteur AUVARD commencera à sa clinique, 15, rue Malebrancl le mardi 23 avril, à 2 heures, une nouvelle série d'entretiens cliniq sur la gynécologie, et les continuera les samedis et mardis à la mê heure (cours gratuits).

L'ouverture du deuxième concours pour la nomination à trois pla de médecin du Bureau central, qui avait été fixée au vendredi 26 av à midi, est reculée au lundi 20 mai, à la même heure.

Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats, devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 av

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps étrangers de l'oreille ;

Par le docteur A. COURTADE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les interventions qu'un praticien non spécialiste peut être appelé à chaque instant à faire, il faut mentionner les corps étrangers du conduit auditif. Nous avons été trop souvent témoin des accidents causés par la présence de ces corps étrangers dans l'oreille, et aussi, il faut le dire, par les tentatives infructueuses pour les extraire, que nous croyons utile de présenter la question dans son ensemble, bien qu'elle soit traitée sommairement dans les classiques.

Si les aphorismes n'étaient passés de mode, nous en formulerions plusieurs ; nous prendrons la liberté de les transformer en règles :

1° Il est absolument nécessaire *de faire le diagnostic du siège, de la nature et du volume* du corps étranger, avant de chercher à l'extraire ;

2° Les instruments employés à l'extraction *doivent toujours être introduits sous le contrôle de la vue*, et leur extrémité profonde ne doit pas échapper à l'œil de l'opérateur ;

3° Les moyens d'extraction *doivent être appropriés à la nature et au volume* du corps étranger.

I. Il serait presque puéril de montrer la nécessité de déterminer le siège, la nature et le volume du corps étranger, avant de tenter l'extraction ; cependant cette règle est bien souvent oubliée, et les conséquences de cette infraction peuvent être graves.

Il est souvent difficile de déterminer exactement, par les commémoratifs, la nature de l'objet ; mais un moyen est à notre portée de combler cette lacune : c'est l'emploi du stylet.

boutonné. Si l'on constate que le conduit est obstrué en un point et que le tympan est invisible, il faut porter le stylet très délicatement jusqu'à l'obstacle, l'appuyer contre celui-ci, ou lui donner quelques petits coups très légers, de façon à apprendre s'il appartient à la catégorie des corps mous ou durs.

Par l'inspection directe, on constate si le corps étranger est au niveau de l'isthme du conduit, ou s'il touche le tympan; les manœuvres ultérieures doivent être réglées d'après la situation. Pour démontrer l'importance capitale du diagnostic, nous rappellerons le fait suivant : un homme de quarante ans environ se plaignait de douleurs assez vives dans l'oreille droite dont le tympan était vivement injecté; à l'examen, nous constatons, un peu en arrière du manche du marteau, la présence d'un corps étranger très petit, de consistance dure; après extraction, on reconnaissait un fragment de verre qui s'était incrusté dans la membrane du tympan. Dans un autre cas, il s'agissait d'un filament de graminée qui, appliqué contre le tympan, le divisait en deux sous forme d'une ligne un peu sombre; avec le stylet, je déplaçai le filament qui fut extrait avec la pince. Meniere cite une observation où un coquillage, appliqué contre le tympan dont il avait la couleur, fut méconnu par plusieurs médecins; l'usage du stylet aurait permis de faire le diagnostic, car le contact du tympan donne une sensation tout à fait différente de celle d'un corps dur comme celui-ci.

II. Dans beaucoup de cas, le corps étranger est peu profond au début et peut être facilement aperçu à la lumière du jour et sans spéculum; on essaye alors de l'extraire avec le premier instrument venu; si la tentative échoue, elle a pour résultat de l'enfoncer davantage et de le faire perdre de vue.

Il serait, dès lors, prudent de cesser toute manœuvre; quelques-uns, stimulés par l'insuccès, pourchassent encore

le fugitif et introduisent dans le conduit des instruments pour ressaisir l'objet qui se dérobe, et cela sans savoir où ils vont, à quelle profondeur ils se trouvent.

Nous ne saurions trop condamner une pareille pratique, qui expose le malade à une contusion des parois du conduit ou à des déchirures du tympan, avec otite moyenne suppurée consécutive ; dans certains cas mêmes, le corps étranger a été poussé, à travers la déchirure du tympan, jusque dans la cavité de l'oreille moyenne.

Aussi, toutes les fois que l'objet est trop profond pour être vu directement, il faut s'armer du miroir frontal et placer un spéculum dans l'oreille ; les instruments, ainsi guidés par la vue, seront portés directement sur le corps étranger, et l'on ne s'exposera pas à produire des dégâts inutiles.

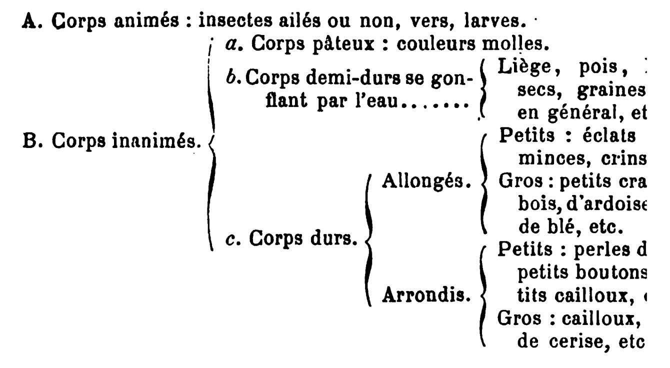
Quand nous disons que l'extrémité de l'instrument ne doit pas être perdue de vue, cela ne s'entend que d'une façon générale et pour les petits corps étrangers qui ne remplissent pas le conduit ; pour ceux, comme les pois, par exemple, qui obturent complètement la lumière du canal, il est souvent indispensable que le levier passe derrière pour les pousser de dedans en dehors ; mais, en considérant le siège du corps étranger et la longueur du conduit, on peut savoir approximativement de combien de millimètres on peut pousser l'instrument, sans courir les risques de léser le tympan.

III. Il est évident que les moyens d'extraction doivent être appropriés à chaque cas ; dans certains cas, les injections échoueront là où la curette, la pince, réussiront d'emblée.

Chez un enfant de cinq ou six ans, nous avons extrait un crayon de pastel qui avait séjourné pendant plusieurs mois dans l'oreille ; nous avons essayé, par acquit de conscience, les injections d'eau, qui ont échoué, alors que la curette a ramené facilement un corps pâteux, accolé à la paroi du conduit ; dans les deux observations rapportées plus haut,

les injections auraient été absolument impuissante expulser ce fragment de verre incrusté dans le tym cette glumelle de graminée.

Pour faciliter la compréhension du traitement des étrangers du conduit auditif, nous allons tenter une c cation qui, nous le reconnaissons, est loin d'être ir chable, mais qui embrasse le plus grand nombre des l'on peut être appelé à intervenir.


A. Corps animés : insectes ailés ou non, vers, larves.
B. Corps inanimés.
a. Corps pâteux : couleurs molles.
b. Corps demi-durs se gonflant par l'eau.......
Liège, pois, secs, graines en général, et
c. Corps durs.
Allongés.
Petits : éclats minces, crins
Gros : petits cra bois, d'ardoise de blé, etc.
Arrondis.
Petits : perles d petits boutons tits cailloux,
Gros : cailloux, de cerise, etc

Nous devons faire remarquer que cette division est matique et qu'un seul mode opératoire n'est pas excl ment propre à chaque cas; cependant certains moyen viennent mieux à telle classe qu'à telle autre.

A. Les sensations extrêmement désagréables que pro la pénétration d'un animal vivant dans l'oreille obl avant toute chose, à tuer celui-ci. On atteint facilem but en versant dans l'oreille un liquide quelconque tiède, eau-de-vie, huile d'olive, tous liquides que l'on jours sous la main et qui sont inoffensifs ; le cadavre de mal est alors facilement extrait soit avec des injections tiède, soit avec des pinces.

On cite quelques observations de larves ou vers l'oreille ; dans tous ces cas, il s'agissait d'individus a

de suppuration chronique et qui ne se soignaient pas ; nous avons tenu à les signaler, bien que ces cas soient très rares (observations de Fargeon, Gruber, Baxter, d'Aguano).

B. *a.* Si les renseignements fournis par le malade (un enfant le plus souvent) ou les parents et l'examen permettent d'établir qu'il s'agit d'un corps pâteux, comme des couleurs molles, on peut essayer les injections, si l'accident est tout récent, puis recourir à la curette si l'expulsion ne peut être obtenue avec le courant d'eau tiède.

b. La classe des corps demi-durs comprend ceux dans lesquels un stylet pointu peut s'implanter ; en général, ils se gonflent sous l'influence de l'imbibition par l'eau.

Deux cas peuvent se présenter : ou le corps étranger n'occupe qu'une place restreinte dans le conduit, ou il le remplit complètement. Dans la première éventualité, on peut recourir sans crainte aux injections d'eau tiède, qui parviendront presque toujours à l'expulser ; dans le cas contraire, se servir d'un stylet coudé pointu que l'on implante dans l'objet pour le ramener au dehors.

Si le conduit est à peu près complètement fermé par la présence du corps étranger, il ne faut pas pratiquer d'injections d'eau tiède, ni se servir de la pince si le corps est arrondi (gros pois).

Les injections d'eau sont dangereuses, parce que le liquide ne peut passer en arrière et repousser par conséquent l'objet au dehors ; la force du jet ne peut aboutir qu'à enfoncer davantage le corps du délit ; de plus, elles ont l'immense inconvénient d'imbiber et de faire gonfler celui-ci, de sorte que, si l'on remet l'extraction à une séance ultérieure, la difficulté sera bien plus grande.

La pince ne convient pas davantage aux corps arrondis, qu'ils soient durs ou non, parce qu'en s'ouvrant, les mors forment un angle aigu dont le sommet est au pivot ; de plus, les extrémités ne s'implantant pas dans le corps étranger,

celui-ci est poussé en dedans, comme un noyau c
pincé par les extrémités du pouce et de l'index, par
tatives qu'on fait pour le saisir solidement. Nous
exception pour les pinces fines à griffes, analog
pinces à dissection, parce que les branches étant t
gues, on peut considérer les branches écartées comm
lèles.

L'instrument de choix est une aiguille pointue e
à 1 ou 2 millimètres de son extrémité, soit à angl
soit, mieux encore, en arc de cercle ; on peut aussi s
du petit crochet d'acier qui sert à faire la dentel
corps étranger fait une saillie notable dans la profor
conduit, on l'accroche en implantant l'aiguille coudé
portion libre et on l'attire au dehors ; mais s'il est
ment fixé, cette manœuvre peut échouer, parce qu
chet déchire son tissu friable ; il faut alors glisser le
coudé, à plat, entre la paroi et l'objet, et aussitôt a
peu en arrière du plus grand diamètre (du pois, par e
faire tourner l'instrument entre les doigts de manièr
pointe pénètre dans le corps du délit, qui, ainsi sol
fixé, peut être facilement extrait.

Il peut arriver que le corps arrondi roule sur pla
être amené au dehors à la première tentative ; de n
tentatives, inoffensives si elles sont bien pratiquées
dent pas à être suivies de succès.

On peut encore, à défaut de crochet pointu, recou
stylet d'acier aplati à son extrémité et légèrement
on l'introduit, comme l'instrument précédent, le lo
paroi supérieure, par exemple, de façon que son e
dépasse le grand diamètre du corps étranger, puis o
la partie qu'on tient entre les doigts et l'on tire à soi ;
ment agit comme un levier qui, prenant le corps arr
derrière, permet de le dégager et de le ramener au

Il est quelquefois avantageux d'introduire ces inst

le long de la paroi inférieure, parce que le tympan étant plus éloigné, en raison de son obliquité, on est moins exposé à le toucher. D'ailleurs, en règle générale, il faut faire pénétrer l'instrument là où il y a le plus grand intervalle entre le conduit et le corps qui l'obture.

C. Les corps assez durs pour ne pouvoir pas être pénétrés par l'aiguille coudée forment la classe la plus nombreuse.

Les corps allongés, mais de très petit diamètre, comme les minces éclats de bois, les barbes d'épi, crins, etc., offrent peu de prise à l'injection d'eau ; l'instrument de choix est la pince auriculaire à branches glissantes.

Si le corps étranger est appliqué contre le tympan, il faut, avec un stylet boutonné, le dégager un peu, de façon que les mors de la pince puissent le saisir par une de ses extrémités, s'il est rigide ; si, au contraire, il est flexible, on peut sans inconvénient le saisir par son milieu sans craindre que ses extrémités n'éraillent le conduit.

Les corps allongés assez gros, comme bouts de crayon de bois ou d'ardoise (ces derniers sont nombreux), sont justiciables de l'emploi des injections d'eau. Dans les cas où l'extrémité libre est facilement accessible, on peut essayer de l'extraire avec une pince à dissection ou une pince hémostatique ; on peut encore fixer cette extrémité avec une anse de fil de fer portée sur le polypotome.

Mais quand les manœuvres n'ont abouti qu'à enfoncer le corps étranger et à lui faire franchir l'isthme du conduit, la situation se modifie ; le corps allongé, se trouvant dans un espace plus vaste, s'incline, et la présentation de l'extrémité se transforme en présentation dorsale. Pour pouvoir le saisir, il faut faire la version soit à l'aide du stylet, soit encore par une vigoureuse injection d'eau, l'oreille malade étant inclinée fortement sur l'épaule ; la rotation s'opère alors et fait correspondre le grand axe du corps étranger avec l'axe du conduit. Souvent l'injection d'eau suffit à l'expulser ; dans

le cas contraire, on recourra aux instruments de préhension mentionnés plus haut ou à un stylet coudé, mais mousse.

Les petits corps étrangers arrondis, comme les perles de verre, cailloux, sont facilement expulsés par les injections d'eau convenablement faites ; si, par hasard, elles échouent, c'est que le corps étranger est retenu soit par une substance visqueuse, soit par du cérumen ; on aurait alors recours à des instillations alcalines pour ramollir le cérumen avant de renouveler les injections, ou l'on emploierait d'emblée la curette ; c'est dans des cas semblables qu'on a conseillé l'usage d'un agglutinatif (colle forte, glu, alun fondu, etc.), porté à l'extrémité du stylet sur le corps étranger qui adhère ainsi, après solidification, à l'instrument. Tant que l'objet n'a pas quitté le conduit auditif, les injections d'eau suffisent à l'extraire après dégagement, s'il est nécessaire, avec le stylet coudé.

Les difficultés augmentent quand on a affaire à un corps arrondi et dur, assez volumineux pour obturer le conduit, comme un noyau de cerise, un petit caillou rond, un gros bouton ou une grosse perle de verre.

Pour ces deux derniers objets, généralement perforés ou munis d'une boucle, les difficultés diminuent si l'orifice ou la boucle se présentent en dehors, parce qu'on peut y introduire un fin crochet pour les saisir.

S'il s'agit, au contraire, d'un noyau de cerise ou d'un caillou rond, qui s'adapte exactement au conduit, les injections et les pinces doivent être rejetées pour les raisons que nous avons déjà données. On cherchera à glisser entre l'objet et le conduit soit un crochet coudé, soit un stylet aplati et légèrement courbé ; si l'on arrive à passer l'instrument en arrière, un mouvement de bascule pourra, dans la plupart des cas, le dégager et l'amener au dehors. En pareille circonstance, Voltolini a conseillé de perforer avec la pointe du galvano-cautère la partie dure du noyau, pour pouvoir intro-

duire dans la cavité centrale un stylet coudé et l'extraire ; ce procédé, qu'il est bon de connaître, pourra être applicable dans certaines occasions.

Souvent, le noyau ou le caillou, poussé par les tentatives d'extraction, a franchi la partie la plus étroite du conduit, l'isthme, et se trouve dès lors un peu plus mobile dans le fond du canal ; les injections d'eau ont peu de chances de l'entraîner au dehors, pour peu qu'il ait franchi l'isthme avec peine, parce que la *vis a tergo* est insuffisante pour lui faire suivre le même chemin ; les stylets coudés ou crochets le font rouler, le déplacent, mais sans pouvoir le saisir assez solidement pour pouvoir l'extraire de force.

Si les accidents ne sont pas menaçants, on pratiquera des instillations d'huile d'amandes douces qui, dans bien des cas (observations de Noguet, de Ziem), ont eu pour effet d'expulser spontanément le corps étranger au bout d'un ou plusieurs jours ; si ce moyen échoue ou s'il y a urgence à intervenir immédiatement (contusion avec gonflement des parois, otite suppurée, accidents cérébraux), on peut encore tenter un autre mode d'extraction.

Il faut alors recourir au serre-nœud pour polypes de l'oreille, dont l'anse, après quelques tâtonnements, peut arriver à fixer, suivant sa grande circonférence, le corps arrondi. Comme le corps étranger touche, ou presque, le tympan, il est préférable de se servir de crin de Florence, qui est assez résistant et beaucoup plus élastique que le fil de fer ; au besoin, on peut passer dans le même tube deux fils, de façon à obtenir deux anses, qui saisissent le corps étranger comme dans une fronde.

Tels sont les procédés qui conviennent plus particulièrement à chaque groupe de corps étrangers ; nous nous hâtons d'ajouter que les règles ne sont pas absolues et qu'il faut s'inspirer des conditions spéciales dans lesquelles se présente chaque cas. Nous laissons de côté les faits où le corps

étranger a été poussé dans la caisse par des manœuvres violentes, cas qui exigent, ainsi que les plaies par armes à feu, des opérations spéciales.

Comme ce sont les enfants qui fournissent la plus grande partie des observations de corps étrangers, on est souvent obligé, pour obtenir une immobilité complète, de recourir à l'anesthésie générale, pour peu que l'enfant soit indocile et ne puisse pas être facilement contenu par des mains exercées et vigoureuses.

Sans revenir longuement sur la technique des injections, que nous avons exposée dans notre *Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille*, nous rappellerons que l'eau doit être tiède, que l'extrémité de la seringue (d'une contenance de 60 à 100 grammes environ) doit pénétrer de quelques millimètres dans le méat, que le jet de liquide, lancé plus ou moins fort, suivant les cas, doit suivre les parois supérieure ou postérieure du conduit auditif; après la projection du contenu de la seringue, il est prudent, pour les corps allongés, d'examiner le conduit, pour savoir si l'objet se présente dans des conditions favorables pour être saisi; dans le cas contraire, on recommence l'injection en faisant pencher la tête sur l'épaule du côté malade, ou même en faisant coucher le malade sur le côté de façon que le méat regarde directement en bas ; le remous du liquide, aidé de la pesanteur, favorise ainsi l'engagement du corps étranger dans le conduit et le rend plus accessible à nos moyens de préhension.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

De l'élimination de l'acide urique par la médication thermo-résineuse ;

Par le docteur Benoît du Martouret.

La médication thermo-résineuse (bains de vapeurs sèches de pin Mugho), qui a conquis depuis longtemps déjà une place importante dans la thérapeutique générale, m'a fourni dans l'*Établissement du Martouret*, à Die (Drôme), des occasions multiples de constater combien est grande l'élimination de l'acide urique par cette médication, et d'expliquer, par ce fait, les guérisons fréquentes, et le soulagement, toujours assuré, des affections arthritiques, ayant résisté aux cures hydro-minérales les plus réputées.

Il est, en effet, absolument reconnu que toutes les affections arthritiques, depuis la goutte, si variée dans ses effets pathologiques, le rhumatisme, la sciatique, la gravelle, etc., sont dues à une même *matière peccante*, produisant une intoxication de l'économie, par la surcharge urique du sang, et, par suite, amenant des manifestations articulaires et internes, etc.

La surcharge urique du sang et des tissus étant la caractéristique des maladies arthritiques, il est évident que deux conditions s'imposent aux malades qui en sont atteints, soit qu'ils doivent leur affection à *une excrétion exagérée de l'acide urique*, soit à *une rétention de l'acide urique, par défaut d'élimination rénale et cutanée.*

La première condition serait d'instituer une thérapeutique anti-arthritique qui empêchât de fabriquer l'acide urique en excès, cause de tous les accidents. Malheureusement, nous connaissons mal, en dehors de l'hygiène et de l'alimenta-

tion, souvent impuissantes, les indications capables d'em pêcher la formation de ce produit.

La seconde condition est *d'éliminer cet acide urique*, qu intoxique l'économie.

Or, si nous sommes incapables de remplir la premièr condition, nous sommes puissamment armés dans la se conde, pour combattre cette dyscrasie urique, dont les mani festations sont si nombreuses et si redoutables, et qui en traîne même la cachexie.

La médication rationnelle qu'on doit appliquer aux état arthritiques, et qui en fait, jusqu'à présent, le traitement d choix, sont *les bains de vapeurs sèches de copeaux frais de pi Mugho*, dont les sommets du *mont Glandaz* ont à peu près l monopole, et dont non seulement la supériorité réelle su les autres essences résineuses, mais encore la vertu spéc fique, sont indéniables.

Nous insistons sur les mots *copeaux frais*, car le succès d traitement dépend d'eux, et nous regrettons d'être oblig de signaler qu'on en fait usage bien rarement. Nous avo constaté que, dans leur précipitation à nous imiter, les ét blissements thermo-résineux, si répandus aujourd'hui, nc seulement persistent dans la grossière et dangereuse erreı de soumettre les malades à des températures élevées, ma ne comptent pas avec la chose fondamentale, capitale *l'agent curateur lui-même*, le *copeau résineux frais provenant d pin Mugho*, très difficile à se procurer, surtout en abondance La récolte, en effet, ne se fait que pendant l'été, et c'est un des raisons pour lesquelles nos bains de vapeurs résineuse ne doivent être pris que pendant cette saison.

Il faut donc se tenir en garde contre les établissement dirigés par des personnes étrangères à la médecine, qui par ignorance, ou par parcimonie ou spéculation, se ser vent de copeaux secs, récoltés en provision, souvent de années à l'avance, et auxquels ils ont la prétention de rendr

la sève et les vertus perdues, par une immersion prolongée dans l'eau. Je me suis livré pendant plusieurs années à des recherches cliniques, dans le but de me rendre compte du mode d'action de cette médication.

Ce sont ces recherches et leurs résultats que je présente ici.

La première idée qui s'offre à l'esprit, c'est que le traitement thermo-résineux a pour effet de rétablir ou d'accroître la fonction de la peau. Les vapeurs résineuses, en effet, mises en contact direct avec la surface cutanée, exercent une action topique spéciale, imprimant une nouvelle vie à tout le réseau sous-cutané de vaisseaux sanguins et lymphatiques et de glandes, etc. L'exhalation cutanée, la diaphorèse, se rétablissent ou se développent, et, par cette voie, *l'organisme se déchargerait de l'acide urique, que les reins sont insuffisants à éliminer.*

Dans cette hypothèse, les reins demeureraient étrangers à la cure, n'étant point touchés par le traitement; or, il n'en est rien, car j'ai été fort surpris de constater, dès les premiers jours du traitement, des modifications importantes dans la fonction urinaire et, notamment, dans *l'élimination de l'acide urique libre et combiné.*

Le chiffre de cet élément se trouve constamment augmenté dans de fortes proportions, et cela, même immédiatement après des traitements hydro-minéraux, qui semblent avoir débarrassé les malades de leur excès d'acide urique, à ne consulter que leur analyse d'urines, mais qui ont été, en réalité, impuissants à le faire.

Voici deux observations à l'appui de ce fait nouveau et qui offrent le plus grand intérêt, à cause de l'enseignement qu'elles comportent :

Observation I. *Arthritisme, névrite crurale droite, artério-sclérose cardiaque.* — M. C..., cinquante-neuf ans, a été atteint,

il y a deux ans, d'une douleur crurale assez vive, pour empêcher certains mouvements du membre inférieur droit, et pour gêner la marche, au point d'amener la claudication.

Le malade a fait un traitement des plus sérieux de massage suédois, qui n'a amené que de la fatigue. Un traitement de gymnastique d'assouplissement a semblé mieux réussir ; mais l'impotence est revenue aussitôt.

Une saison à Gréoulx est restée sans effet, ainsi que des bains-fumigations résineux, pris à Marseille, dans de mauvaises conditions.

De plus, M. C... est atteint d'artério-sclérose cardiaque, avec des accès de suffocation.

C'est dans ces conditions qu'il est envoyé à l'établissement thermo-résineux du Martouret, par le professeur Grasset et les docteurs Fioupe et Brémond, directement, *après une cure faite à Évian.*

M. C..., à son arrivée, me communiqua l'analyse suivante de ses urines, faite à son départ d'Évian, par le docteur Chiaïs :

Densité	1015.
Réaction	acide.
Urée	21g,44 par litre.
Chlorure de sodium	12 grammes.
Acide urique	*traces.*
Acide phosphorique	2g,691.
Albumine	néant.
Sucre	néant.
Matériaux solides	55g,92.

Rien au microscope.

M. C... commence son traitement : premier bain de vapeurs résineuses de trente minutes, à 38 degrés environ ; un bol de décoction de pin Mugho ; respiration large ; vingt minutes de maillot, après le bain, et ainsi de suite.

Après quelques bains, l'analyse des urines est faite par le docteur Lescœur, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lille, et les résultats sont les suivants :

Densité........................	1022.
Réaction........................	fortement acide.
Urée........................	21g,40 par litre.
Chlore (Cl.)........................	4 ,98 —
Acide urique........................	*0 ,78* —
Acide phosphorique ($Ph.O^5$)........	2 ,90 —
Acide sulfurique (SO^3)............	1 ,45 —
Albumine........................	néant.
Sucre........................	néant.
Extraits........................	49g,30 —

Au microscope, nombreux cristaux d'acide urique, d'urates et d'oxalates de chaux.

En comparant ces deux analyses, on remarque que quelques bains de vapeurs résineuses ont pu faire éliminer 78 *centigrammes d'acide urique par litre*, alors que les eaux d'Évian n'étaient plus d'aucune efficacité, ce qui semblerait prouver que la médication thermo-résineuse est autrement puissante que la médication hydro-minérale.

Le 19 août, dans la nuit, *débâcle rénale*, *évacuation des petits calculs.*

Un autre fait remarquable est la facilité avec laquelle M. C..., qui est atteint d'artério-sclérose cardiaque, supporte même les premiers bains résineux, et le bien-être qu'il éprouve à respirer largement les vapeurs, au point que je serais porté à croire que la médication pourrait même atténuer ses accès de suffocation.

M. C... quitte l'établissement du Martouret le 9 septembre, dans un état satisfaisant sous tous les rapports.

Observation II. *Pyélo-néphrite calculeuse.* — Mme D..., trente-deux ans, trois grossesses, tempérament nerveux; famille de rhumatisants et de gravelleux.

Vers l'âge de vingt-deux ans, à sa première grossesse, a ressenti les premières atteintes de la rétention d'un calcul qui a déterminé *la pyélite*, et n'a cédé que momentanément au régime lacté.

Sur les conseils du professeur Guyon, première saison à Con-

trexéville, et malgré son insuccès, trois saisons consécutives sans plus de succès.

L'opération est proposée par le professeur Guyon et le docteur Albarran, à laquelle la malade ne veut pas se soumettre. C'est alors que le professeur Albert Robin, s'appuyant sur un succès antérieur, obtenu par la médication thermo-résineuse, conseille à Mme D... une saison à l'établissement du Martouret, après avoir fait, préalablement encore, une saison à Contrexéville.

Mme D..., retour de Contrexéville, nous communique l'analyse de ses urines, faite à l'hôpital Necker, dont les résultats sont les suivants :

Densité	1.019.
Réaction	acide.
Couleur	pâle.
Odeur	normale.
Dépôt	assez abondant, formé de globules de pus ; pas d'hématies, pas de cylindres.
Albumine	*0g,75* par litre.
Glucose	néant —
Indican	néant —
Pigmentation biliaire	néant —
Acide urique	*traces.*
Acide phosphorique	0g,40 —
Urée	16 ,65 —
Chlorures	9 ,30 —

L'état de Mme D... est le suivant à son arrivée : *pyélo-néphrite*, avec abondance de pus dans les urines. *Pas de gravelle urique ;* douleur intercostale, cystite.

Premier bain de vapeurs résineuses de trente-cinq minutes, 38 degrés, décoction de pin Mugho ; maillot, dix minutes ; sudation rapide et abondante, *pas de sédiment urique.*

Élancement dans le rein droit après le bain.

L'analyse des urines est faite après le troisième bain par le professeur Lescœur, qui nous communique les résultats suivants :

Densité	1.019.
Réaction	fortement acide.
Sucre	néant.
Albumine	0g,22 par litre.
Urée	22 ,00 —
Chlore	3 ,55 —
Acide urique	0 ,85 —
Acide sulfurique	1 ,32 —
Acide phosphorique	1 ,98 —
Extraits	45 ,00 —

Au microscope, quelques globules de pus : cristaux d'acide urique ; ni oxalates, ni phosphates.

Mme D... est soumise à la douche au sortir du bain de vapeurs, sur les conseils du professeur Guyon. Bonne réaction deux jours de suite. Le pus semble diminuer sensiblement ; mais Mme D..., tout en le constatant, déclare que cet effet, produit par d'autres médications, n'a jamais été durable : *l'albumine a sensiblement diminué.*

Au douzième bain environ, abondance de pus et de mucus dans les urines et *sable urique abondant.*

Cachets de benzo-naphtol. Le pus diminue pour reparaître. Phénomènes de cystite, produits par le pus. Cessation des douches ; le traitement consiste en bains de vapeurs térébenthinées simples jusqu'au départ de Mme D... ; à cette date, l'analyse des urines est la suivante :

Densité	1.019.
Réaction	fortement acide.
Sucre	néant.
Albumine	0g,097 par litre.
Urée	17 ,85 —
Chlore	3 ,55 —
Acide urique	0 ,92 —
Acide sulfurique	0 ,98 —
Acide phosphorique	1 ,80 —

Grande quantité de globules de pus, très peu de cristaux d'acide urique, pas de phosphates et pas d'oxalates de chaux.

Mme D..., dont l'état est relativement satisfaisant, écrit qu
sur les conseils de ses médecins, elle fera deux saisons, l'ann
prochaine, en juin et septembre.

C'est donc un fait, la médication thermo-résineuse rétab
ou active l'*élimination de l'acide urique*, et par ce mécanisn
se trouverait expliquée l'efficacité de notre traitement, daı
les diverses manifestations goutteuses et rhumatismales.

Mais comment agit sur le rein le traitement thermo-ré
neux ?

J'en suis réduit sur ce point, je l'avoue, aux hypothèse

L'excrétion urinaire, la respiration pulmonaire, la pers
ration cutanée, sont trois actes d'une même fonction : l'exh
lation aqueuse. Elles sont appelées à se suppléer mutuell
ment. On sait combien la suppression totale ou partielle
la transpiration cutanée retentit d'une façon fâcheuse sur
rein. Plusieurs maladies de cet organe n'ont point d'aut
cause. On connaît les expériences consistant à produire art
ficiellement la maladie de Bright sur les animaux, en ann
lant les fonctions de la peau, par l'application d'un vernis.

Réciproquement, le rétablissement de la fonction cutan
doit être pour le rein un grand allègement, et, quand il s'ag
d'un organe malade, une condition favorable à son retour
la santé et au recouvrement de ses fonctions, plus ou moi
compromises, c'est la *réapparition de l'élimination de l'aci
urique*, comme une répercussion favorable sur la glande ur
naire, *de la révulsion cutanée.*

On peut aussi invoquer que les substances balsamiqu
introduites dans l'économie par la médication thermo-rés
neuse, dont il serait superflu d'indiquer ici le mode d'appl
cation, possèdent une *action élective sur les reins, action cura
tive* pour cet organe.

Les bains de vapeurs résineuses agissent *en accroissant le
phénomènes d'oxydation;* de plus, il est possible que les *acide*

cinnamique et *benzoïque* absorbés se combinent dans l'organisme et entraînent, *sous forme d'acide hippurique*, une partie de la matière première de l'acide urique, d'où résulterait une double action : *oxydante* et *empêchante*.

Ainsi que je l'ai fait pressentir au début, en parlant de la *spécificité du pin Mugho*, je crois que les deux actions coexistent.

Quoi qu'il en soit, on voit que nous sommes conduits à considérer la médication thermo-résineuse comme spécifique des maladies des reins.

C'est comme spécifique contre les maladies des reins qu'elle agit dans la goutte et le rhumatisme, et ses indications se trouvent dans l'état de la glande rénale.

Les arthritiques peuvent bien s'adresser à Vichy, à Évian, à Contrexéville, quand il s'agit de lessiver leur organisme de l'acide urique qu'il renferme, ou de modifier une nutrition vicieuse ; mais, seule, la médication thermo-résineuse pourra *rétablir la fonction du rein altérée dans l'élimination de l'acide urique*, et c'est le cas le plus ordinaire. La plupart des goutteux, surtout à l'approche des accès, éliminent peu ou pas d'acide urique.

J'ai publié des observations qui m'autorisent à affirmer que *l'élimination de l'acide urique par les bains de vapeurs sèches de pin Mugho frais est plus grande que par les traitements hydro-minéraux*. C'est ainsi que nous avons été conduits à appliquer, *comme spécifique de la maladie des reins*, notre médication dans les néphrites.

Notre pratique est encore trop récente pour que nous puissions apporter ici une longue statistique, mais nous pouvons déjà affirmer que la médication thermo-résineuse est remarquablement efficace dans le cas de *néphrite aiguë* et de *néphrite chronique*, que l'amélioration est constante, et que la guérison intégrale paraît possible.

Sans doute, les autres conditions auxquelles se trouvent

soumis les malades dans l'établissement du Martouret, l'al titude élevée, la sécheresse de l'atmosphère, le climat privi légié, le traitement hydrothérapique, conditions éminem ment favorables, peuvent avoir leur part dans ces résultat encourageants ; mais nous pensons que la part principal en revient au traitement thermo-résineux, tel que nous l pratiquons, à une température moyenne, qui nous perme de ne pas exclure les cardiaques.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (1);

Par le docteur Moncorvo, correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Observation XLIV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculos. Malaria. Coqueluche.* — Garçon de cinq ans, admis dans mc service à la policlinique, le 7 juin 1894. Enfant très chétif et arriér Père syphilitique. Mère tuberculeuse. Maigre, pâle, rachitiqu Efflorescences cutanées à la suite d'autres accidents externes « la vérole congénitale dont ses frères et sœurs auraient aussi pr senté des manifestations. Ganglions cervicaux et inguinaux tum fiés. Inspiration soufflante aux deux sommets ; submatité aux deu fosses sous-claviculaires ainsi qu'à la région sterno-claviculair droite. Crises asthmatoïdes dès les premiers mois. On institua d suite un traitement ayant pour base la créosote de hêtre et l'iodure de potassium, entremêlé parfois d'autres moyens destinés à combattre des manifestations palustres intercurrentes.

Tout marchait par suite assez régulièrement, tant du côté de l'état général que de l'état broncho-pulmonaire, lorsque, à partir

(1) Suite et fin. Voir les trois précédents numéros.

du 20 septembre, l'enfant commença à tousser, notamment pendant la nuit. Il était absolument apyrétique et l'auscultation ne révélait aucun signe de bronchite. On lui prescrivit en attendant des fumigations balsamiques avec de la térébenthine et du goudron.

Le 27 septembre, la toux, chaque fois plus accusée, avait acquis les caractères bien nets de la coqueluche. Elle était quinteuse suivie de reprises, survenant dix à douze fois dans les vingt-quatre heures et provoquant des vomissements. Commencement de plaques diphtéroïdes. Pas de signes de bronchite. Température toujours à la normale. Je me décide alors à essayer l'action de l'asaprol appliqué directement sur l'orifice glottique, en me servant pour cela d'une solution à 1 pour 100.

Le 29 septembre, à la suite des premiers badigeonnages périglottiques de la solution asaprolée, les quintes qui s'étaient d'abord exagérées ne tardèrent pourtant pas à s'amender notoirement, à ce point qu'on n'a enregistré que trois quintes plus faibles au cours de la dernière nuit. Aussi l'enfant n'a eu aujourd'hui qu'une seule quinte jusqu'au moment de la visite. Je pratique moi-même des badigeonnages périglottiques avec la solution médicamenteuse et je ne parviens guère à réveiller une seule quinte.

Le 1[er] octobre, amélioration marquée. Deux quintes à peine dans les vingt-quatre heures, non plus suivies de reprise sibilante. La compression du cartilage thyroïde ne provoque nullement de la toux.

Le 3 octobre, plus de quintes. La toux, d'ailleurs fort rare, tient à l'adénopathie trachéo-bronchique dont il existe encore les signes physiques. La plaque diphtéroïde disparue. Le traitement topique par l'asaprol est pourtant maintenu pendant une quinzaine encore, en même temps qu'on revenait à l'administration de la créosote et de l'iodure de potassium.

Observation XLV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Coqueluche.* — Petite fille de six ans, admise dans mon service le 27 septembre 1894. La deuxième de deux enfants. Mère poitrinaire. Pendant les premiers mois : alopécie, otorrhée, rhinite, rhagades

des commissures labiales. Allaitement mixte mais non suivi (troubles digestifs accusés. Déformation rachitique. Fièvre p(élevée depuis quelques jours, léger état saburral, foie quelque p(gonflé, selles diarrhéiques. Coqueluche datant de quinze jours, traduisant par des quintes assez violentes, au nombre de ving trois à vingt-quatre journellement, mais plus fréquentes dans nuit, suivies de reprises sibilantes fort marquées et provoquai assez souvent des vomissements. Les quintes amènent une expe toration muqueuse filante, teinte parfois de sang. Plaque diphtı roïde en voie de formation.

Ganglions cervicaux, préépitrochléens, inguinaux et hypertr phiés. Odontopathie. Submatité aux deux fosses sous-claviculaire Inspiration un peu rude au niveau de ces régions. Quelques râl ronflants et sifflants épars des deux côtés. Décoloration marqu des téguments. Calomel. Potion quinique.

Le 29 septembre, on inaugure le traitement de la coqueluc par les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asap à 1 pour 100. État saburral amendé. Plus de fièvre. Interrupti de la diarrhée à la suite de l'emploi du calomel. On insiste s l'administration de la quinine.

Le 1er octobre, amélioration inattendue. Rien pendant la journé une seule quinte, sensiblement atténuée, et quatre autres à pei au cours de la dernière nuit. Plus d'expectoration sanguinolen ni de vomissements. Apyrexie. Meilleur appétit. Sommeil bea coup plus réparateur. Traitement par l'asaprol.

Le 3 octobre, quintes passagères non plus suivies de repris n'allant pas au delà de quatre dans les vingt-quatre heures. Mêm traitement.

Le 5 octobre, coqueluche éteinte. Toux légère et assez ra sans le moindre caractère de cette dernière. Cessation de l'expe toration. Plus de trace de la plaque diphtéroïde.

D. *Antisepsie intestinale.* — Je relaterai ici neuf observation se rapportant à des enfants de dix jours à douze ans, chez les quels j'ai étudié l'emploi de l'asaprol au point de vue de l'anti

sepsie intestinale. Je l'ai utilisé dans ce but sous la forme d'une solution aqueuse dont la proportion variait de 1 à 4 pour 100. Les suites de ces recherches ont été presque invariablement heureuses sans qu'aucun accident en fût d'autre part jamais survenu. Sous son influence, les selles diarrhéiques se tarissaient plus ou moins vite, perdaient leur odeur fétide, en même temps que la sensibilité douloureuse de l'intestin s'amendait et la paroi abdominale s'aplatissait tout en devenant flasque. Je dois ajouter que l'administration du médicament par la voie stomacale a toujours resté sans effet vis-à-vis du flux intestinal. Il est donc destiné à rendre de réels services à la médecine pratique, en agissant directement sur la cavité de l'intestin, tout en me rendant de grands services pour combattre les flux qui compliquent presque souvent la malaria infantile.

Observation XLVI. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Il s'agit d'une fillette âgée à peine de dix jours, dont le père avait présenté les accidents avérés de la syphilis, laquelle portait elle-même des efflorescences cutanées et une gomme au-dessus de l'aile gauche du nez. Six jours après, tout en étant soumise à un traitement spécifique, elle fut prise de manifestations d'une intoxication paludéenne, lesquelles cédèrent aux moyens alors employés, pour réapparaître vingt-sept jours plus tard, s'accompagnant d'une diarrhée très accusée et d'un état saburral aussi très marqué. L'asaprol fut alors employé sous la forme de lavages intestinaux et de collutoires, dans la proportion de 1 à 2 pour 100. Dans ce cas, de même que dans plusieurs autres analogues, la diarrhée a subi une atténuation immédiate pour disparaître entièrement au bout de quelques jours. Aussi s'est-il montré d'une extrême utilité pour l'antisepsie buccale en débarrassant très promptement la muqueuse buccale de son enduit saburral.

Observation XLVII. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Enfant d'un mois, amené au service le 31 juillet 1894. Signes

marqués de la vérole congénitale. Allaitement maternel. D'abord constipation, mais à dater de cinq jours, diarrhée séro-bilieuse extrêmement fétide avec ballonnement du ventre. État saburral et élévation de la chaleur du corps s'accentuant pendant la nuit. Ventre douloureux à la palpation. Foie légèrement gonflé.

Des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100 ont parfaitement réussi. Le ventre s'aplatit, devient indolent, en même temps que les selles ont repris, au bout de trois jours, leur nombre et leur caractère physiologiques. A côté de ce médicament, j'ai eu recours avec avantage à l'emploi du phénocolle par la voie gastrique.

Observation XLVIII. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Il s'agit dans ce cas d'un petit garçon de deux mois, issu d'un père syphilitique et nourri au sein par sa mère, laquelle aurait été affectée d'une fièvre palustre vers le septième mois de sa grossesse. Cet enfant, mal développé, avec un coryza fort marqué, avait été pris de coliques violentes suivies de selles grumeleuses et panachées, coïncidant avec du refroidissement des extrémités et des sueurs profuses générales. La langue était chargée, le ventre ballonné, la rate légèrement hypertrophiée.

Le traitement se compose alors d'une potion renfermant 1 gramme d'asaprol et d'un lavage intestinal avec une solution asaprolée. Eh bien, deux jours après, les coliques avaient entièrement cessé pour ne plus reparaître, en même temps que les crises de refroidissement et de transpiration ne se renouvelaient pas. Le ventre s'était aplati et la rate dégonflée.

Observation XLIX. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Petite fille, deux mois, née à Rio, vue pour la première fois le 31 juillet 1894.

Polyléthalité familiale. Enfant très chétive et portant des manifestations accusées d'hérédo-syphilis. Depuis la veille, élévation marquée de la chaleur avec apparition de mouvements convulsifs des membres. Agitation. Insomnie. Langue sèche et

recouverte d'un épais enduit saburral. Ventre extrêmement ballonné. Foie engorgé, mais par-dessus tout une diarrhée fort copieuse et fétide qui ne faisait que s'augmenter de plus en plus.

Je me suis adressé à l'administration du phénocolle dans le but de faire baisser la chaleur qui s'élevait, au moment de la visite, à 40 degrés, et je prescrivais des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le lendemain, le ventre était notablement abattu et flasque, la diarrhée ayant subi une atténuation marquée à la suite du premier lavage avec l'asaprol, au point que, depuis la veille au soir jusqu'à 10 heures du matin, l'enfant n'avait eu qu'une selle, presque inodore, du reste.

La fièvre, ayant cependant résisté à l'emploi du phénocolle, réclama celui de la quinine ; mais les lavages répétés de la solution asaprolée eurent entièrement raison du flux intestinal.

Observation L. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée. Bronchite.* — Nouveau-né âgé de trois mois et admis dans le service le 4 juillet 1894. Poids, 5k,650. Père syphilitique. Accidents cutanés de la vérole congénitale aussitôt après la naissance. Au cours de son traitement spécifique, il contracta une fièvre paludéenne compliquée d'une bronchite intense, ainsi que d'une diarrhée copieuse et fétide dont l'accroissement progressif devint assez inquiétant. J'ai eu recours, dans ces conditions, aux lavages de l'intestin avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, tout en l'utilisant aussi pour l'antisepsie de la cavité buccale. L'amendement du flux intestinal ne se fit alors pas attendre, et, bref, les selles reprirent dans quelques jours leur nombre et leur constitution normale.

Observation LI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Diarrhée.* — Garçon d'un an et demi, admis dans mon service le 16 juillet 1894. Signes externes d'hérédo-syphilis ; déformations rachitiques. Fièvre à type rémittent irrégulier. Prostration ; inappétence invincible ; état saburral des plus accusés ; foie et rate tuméfiés. Selles pâteuses et fétides. Température autour de 39 de-

grès. En outre du traitement antimalarien, je fais badigeonne la muqueuse linguale avec une solution d'asaprol à 2 pour 10(et cette fois encore le résultat fut le plus satisfaisant, la muqueus badigeonnée se trouvant au bout de deux jours parfaitement réin tégrée.

Une quinzaine de jours après la disparition des autres accident malariens, on les voit reparaître compliqués alors d'une diarrhé assez abondante et fétide, avec du ballonnement du ventre. Le lavages du tube intestinal à l'aide d'une solution d'asaprol furen alors essayés avec un succès marqué ; les selles devinrent prompte ment inodores, moins fréquentes, en même temps que le vent s'aplatissait.

Observation LII. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.*— Garç de quatre ans, présenté dans mon service le 4 août 1894. Chét rachitique, portant des manifestations assez notoires d'héréd syphilis. Le 10 août, on constate des symptômes d'une intoxic tion palustre, parmi lesquels une diarrhée assez marquée, acco pagnée de ballonnements du ventre. L'antisepsie intestinale fu dès ce moment, rigoureusement faite au moyen des lavages av une solution d'asaprol à 2 pour 100, et deux jours plus tard, flux intestinal avait cessé.

Observation LIII. *Malaria. Diarrhée dysentériforme.* — En fant de sept ans, admis dans mon service le 17 juillet 1894 L'enfant habite une localité malsaine hors de Rio ; il a été soign déjà dans le même service pour une fièvre paludéenne.

Déjections dysentériformes d'abord striées de sang, et actuelle ment catarrhales depuis plus de vingt jours, survenant au nombr de huit à dix et accompagnées de coliques. État saburral. Langue très chargée. Foie tuméfié.

Je prescris une potion au chlorhydrate de phénocolle, ainsi que des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Ces lavages furent poursuivis avec plus ou moins de régularité jusqu'au 9 août suivant, amenant la modification immédiate des

caractères des selles, qui se réduisirent au nombre de deux à trois dans le court laps de trois jours, en reprenant graduellement leur coloration et leur consistance normales. Le phénocolle fut à la suite remplacé par le chlorhydrate de quinine.

Observation LIV. *Rachitisme. Malaria. Insuffisance mitrale.* — Fille, douze ans, admise dans mon service le 13 juillet 1894. Déformations rachitiques. Signes stéthoscopiques d'une insuffisance mitrale.

Fièvre à type irrégulier datant de huit jours; température à 39°,8. Langue très chargée, soif, anorexie, ventre très ballonné, fort douloureux, diarrhée séreuse, extrêmement abondante et fétide, foie engorgé. A côté d'autres médicaments appropriés, j'ordonne de suite deux lavages intestinaux par jour, avec une solution d'asaprol à 2 pour 100. Eh bien, le lendemain même, l'enfant éprouvait un mieux considérable du côté du ventre, en même temps que les selles étaient devenues moins abondantes et moins fétides.

Cette amélioration continua à faire des progrès, et, le 18 juillet, la diarrhée était tout à fait éteinte. Il est bon de dire que, pendant ce temps-là, les lavages asaprolés ne cessèrent pas d'être pratiqués assez régulièrement.

E. *Vulvo-vaginite.* — Le pouvoir bactéricide de l'asaprol s'étend aussi jusqu'au gonocoque de Neisser; il devient par cela une précieuse acquisition pour le traitement de la vulvo-vaginite d'origine blennorragique. Les quatre observations qui suivent en sont la preuve. D'après mon expérience personnelle, il paraît résulter que l'efficacité de ce nouvel agent antiseptique dépasse, dans les cas de cette nature, celle de l'iodoforme, du permanganate de potasse et de l'acide borique, étant employé pour cela sous la forme d'une solution aqueuse dont la proportion a varié de 1 à 4 pour 100.

Observation LV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Vulvo-vagin Malaria.* — Fillette de trois ans, née à Rio, amenée dans n service à la policlinique, le 3 juillet 1894.

Polyléthalité familiale. Père syphilitique.

L'enfant est venue au monde très chétive et très peu d loppée, avec la peau parsemée de taches cuivrées. Allaitem mixte. Troubles digestifs vers les premières semaines. Mar vers le dix-huitième mois. Croûtes au cuir chevelu. Effloresce cutanées à diverses époques. Rougeole vers le huitième m Déjà soignée dans le service pour une fièvre paludéenne. mère a remarqué, il y a six jours à peine, l'existence d'un éc lement vulvo-vaginal assez abondant. Elle avoue avoir été, aussi, affectée d'un écoulement pareil datant de plusieurs m Muqueuse vulvaire rouge, tuméfiée et baignée d'un liquide ja verdâtre très épais. Miction pénible.

L'examen microscopique du liquide vulvaire permet de rec naître la présence du gonocoque de Neisser en assez grand n bre, soit libre, soit infiltrant les cellules épithéliales et des l cocytes. Le but principal de sa présentation était cepend l'apparition d'une fièvre palustre (température rectale, 39 degr accompagnée d'engorgement hépatique et splénique, de di rhée, etc. A côté du calomel et du phénocolle adressés con cette dernière, je voulus essayer l'emploi de l'asaprol pour traitement de la vulvo-vaginite.

Au fait, on a commencé ce même jour des lotions et des ir gations vulvo-vaginales avec une solution d'asaprol à 2 pour 10

A partir du lendemain, l'écoulement avait diminué, et cet modification, due à l'action du médicament, s'accentua progre sivement. La rougeur aussi bien que la tuméfaction de la m queuse vulvaire s'atténuèrent promptement, la miction redevi indolente, en même temps que la sécrétion gonococcique se tari sait rapidement.

Bref, le 13 juillet, on était à même d'en constater la ce sation complète, toute trace d'inflammation locale ayant di paru.

Observation LVI. *Vulvo-vaginite.* — Jeanne, quatre ans, présentée le 1er septembre 1894. Mère atteinte dès longtemps d'un écoulement vulvo-vaginal. Cette fillette présenta, elle aussi, depuis l'âge de deux ans, un écoulement vulvo-vaginal d'abord verdâtre et épais, plus tard jaunâtre et séreux, ayant résisté aux divers moyens essayés. Muqueuse vulvaire rougeâtre et tuméfiée. Erythème péri-vulvaire. Je conseille alors des lotions et des irrigations vulvaires avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 27 septembre, bien que le traitement n'eût point été fait avec la régularité désirable, il n'y avait plus de traces de l'inflammation vulvo-vaginale, la sécrétion s'étant tarie.

Observation LVII. *Malaria chronique. Vulvo-vaginite. Oxyures.* — Petite fille âgée de sept ans, née à Rio, présentée dans mon service le 9 juillet 1894. La dernière de sept enfants. Atteinte à plusieurs reprises de fièvre paludéenne. Pâle, maigre, indolente, sans appétit. Langue revêtue d'un léger enduit saburral. La mère l'amène à cause d'un écoulement vulvo-vaginal qui date de plusieurs semaines, lequel n'a fait que s'accroître. On parvient alors à savoir que cette fillette se baignait dans une baignoire appartenant à sa belle-sœur affectée, elle aussi, depuis longtemps, d'un écoulement pareil.

L'examen laisse voir, en effet, les petites lèvres rouges, tuméfiées, et baignées d'un liquide séro-purulent épais, dont la sécrétion se fait, d'après la mère, en assez forte proportion pour tacher largement la chemise de l'enfant. L'examen microscopique du liquide sécrété a révélé à M. Moncorvo fils la présence d'un grand nombre de gonocoques de Neisser.

Calomel, 50 centigrammes. Lotions vulvo-vaginales avec une solution d'asaprol à 10 pour 100.

Le 16 juillet, écoulement sensiblement amendé. Muqueuse vulvaire moins rouge et moins gonflée. Arsenic à l'intérieur. Lotions asaprolées.

Le 21 juillet, la mère fait remarquer que sa fillette souffre, depuis quelques années déjà, des conséquences de la présence

d'oxyures dans le rectum, ce qui porte donc à admettre que ces derniers, émigrant vers l'ouverture vulvaire, viennent en aggraver l'inflammation.

On poursuit les lotions avec la solution d'asaprol à 4 pour 100, en même temps qu'on recourt dans la nuit à des petits lavements avec une solution saturée de cette même substance.

Le 26 juillet, écoulement assez diminué. Un examen attentif ne permet plus de retrouver des oxyures; aussi l'enfant ne se plaint plus du prurit anal qui l'incommodait beaucoup.

A côté du calomel réclamé par l'engorgement du lobe gauche du foie et le renouvellement de l'état saburral, je fais poursuivre les lotions ainsi que les lavements asaprolés.

Le 28 juillet, foie dégonflé. Langue plus nette. Appétit. Écoulement presque éteint.

Arsenic. Lotions et lavements d'asaprol.

Le 1er août, l'écoulement vulvo-vaginal a subi une recrudescence imprévue, mais une nouvelle enquête permet de savoir que la fillette a commis l'imprudence de reprendre la cuvette appartenant à sa belle-sœur encore affectée de vulvo-vaginite.

On renouvelle l'emploi de la solution d'asaprol à 2 pour 100, tant pour les lavements que pour les lotions, et l'on insiste encore sur l'urgence d'éviter l'usage commun de la cuvette.

Le 4 août, atténuation fort marquée de la sécrétion vulvo-vaginale. Plus de prurit anal ou vulvaire. On ne retrouve plus d'oxyures. Nutrition générale sensiblement améliorée. Sommeil calme et réparateur; alors qu'il était avant le traitement très souvent interrompu par le prurit vulvaire et anal.

On poursuit le traitement par l'asaprol.

Le 10 août, la sécrétion vulvaire, qui était presque absolument éteinte, a subi un léger accroissement, dû très probablement à l'irrégularité du traitement; mais un nouvel examen microscopique ne découvre qu'un fort petit nombre de gonocoques. Je conseille alors de faire des injections répétées avec la solution d'asaprol et pas seulement des lotions.

A partir de cette date, la vulvo-vaginite s'atténua progressive-

ment, malgré quelques légères irrégularités du traitement, par l'effet de l'insouciance de la mère, et, le 23 septembre, tout écoulement avait complètement disparu, la muqueuse vulvo-vaginale ayant repris ses conditions normales.

Observation LVIII. *Malaria chronique. Vulvo-vaginite de nature blennorragique.* — Jeune fille de quinze ans, admise dans mon service, le 18 juillet 1894, pour être soignée de manifestations d'une intoxication paludéenne ancienne. Elle était pâle, maigre, faible, sans appétit, avait la langue chargée, la rate hypertrophiée, des selles pâteuses, et n'était pas encore réglée. Aussi avait-elle été affectée, depuis trois ans, d'un écoulement vulvo-vaginal, d'abord très épais et verdâtre, et ensuite séreux et jaunâtre. Sa mère, interrogée sur la cause probable de la contagion, déclara que sa fillette s'était servie, avant l'apparition du mal, d'une cuvette dans laquelle se baignait aussi une femme atteinte d'un écoulement vaginal ancien. La muqueuse vulvo-vaginale était rougeâtre et quelque peu tuméfiée.

A part le traitement anti-malarien, je lui ordonnai des injections vulvaires avec une solution d'asaprol à 2 pour 100. Eh bien, cet écoulement, qui avait résisté à plusieurs moyens déjà essayés, subit une atténuation immédiate sous l'influence du nouvel antiseptique. Au fait, les injections ayant été soigneusement pratiquées, on l'a vu s'éteindre définitivement dans le court laps de dix jours.

Cette fillette a continué à être observée jusqu'à la fin du mois de septembre, et malgré l'interruption des injections asaprolées, la sécrétion gonorrhéique ne s'est pas reproduite.

En terminant cette première série de recherches au sujet de l'emploi de l'asaprol dans la thérapeutique infantile, je dois remercier ici MM. O'Reilly assistant à mon service et Frédéric Machado, du concours qu'ils ont bien voulu me prêter, ainsi qu'à mon collaborateur Moncorvo fils, mon chef de clinique.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, je me crois autorisé à tirer les cc clusions qui suivent :

1° Le dérivé soluble du naphtol β introduit dans la th rapeutique par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler sous nom d'asaprol a été aussi essayé avec succès dans la clin que infantile.

2° Chez les enfants à l'état sain, l'asaprol administré l'intérieur à des doses variées reste sans influence appr ciable sur la température, la chaleur et la respiration. n'exerce, d'autre part, aucun effet fâcheux sur l'appareil c gestif employé à dose thérapeutique.

3° Essayé chez des enfants affectés de maladies infectieus aiguës, l'asaprol abaisse plus ou moins vite la températu aussi bien qu'il diminue la fréquence du pouls. Au cours son administration, il survient souvent une transpiration pa tielle ou générale, plus ou moins abondante en même tem que la quantité de l'urine augmente dans presque tous les ca

4° Le nouveau médicament est doué encore d'un pouv analgésique qui a pu être constaté dans quelques cas ch les enfants.

5° Outre ses propriétés comme antipyrétique, antisep que et analgésique, possède-t-il de plus un pouvoir hém tatique bien marqué et démontré, tant par l'expérimentati que par la clinique, qui lui assure sous ce rapport une pla à côté de l'antipyrine et la thalline.

6° Administré chez des enfants dont l'âge a varié de jours à douze ans, à la dose de 25 centigrammes à 3 gramm par vingt-quatre heures, en potion, ce dérivé soluble naphtol n'a jamais provoqué chez eux ni céphalées, ni ve tiges, pas de bourdonnements d'oreille, ni de nausées ou vomissements; la tolérance en était donc parfaite. Sa save

légèrement amère devenant aussitôt douceâtre le rend d'un usage facile chez les jeunes sujets.

7° Parmi les maladies fébriles de l'enfance où l'asaprol a été essayé, figurent la malaria, la tuberculose à marche aiguë et la broncho-pneumonie.

Dans plusieurs cas de fièvre malarienne se rapportant à des enfants de quinze jours à douze ans, le médicament se montra d'une efficacité toute particulière. La chaleur s'abaissait parfois très promptement, la peau se couvrait de sueur, la diarrhée augmentait, le foie et la rate se dégonflaient, les troubles digestifs s'amendaient en même temps que le petit malade devenait plus calme et dormait mieux.

Dans les autres affections où le résultat fut à peu près négatif, on a vu d'autres agents synergiques tels que la quinine, l'antipyrine, le phénocolle, étudiés comparativement chez le même individu, échouer aussi presque sans exception.

8° Les applications topiques de l'asaprol ont été faites pour le traitement des affections cutanées, de l'oreille, des fosses nasales, de la bouche, de la gorge, dans celui de la vulvo-vaginite, aussi bien que pour l'antisepsie de l'intestin.

9° Dans ces applications locales, il a fort bien réussi comme antiseptique hémostatique et cicatrisant. Les sécrétions morbides s'arrêtent, deviennent inodores, et la réparation des surfaces abcesées s'opère en général assez promptement. Il a été, pour cela, employé sous la forme de solution aqueuse de 1 à 4 pour 100 d'après le cas, soit mêlé avec la vaseline ou la lanoline, soit encore dissous dans un vernis d'après la méthode adoptée pour l'acide phénique par M. Berlioz (de Grenoble).

10° Essayé pour la première fois dans le traitement de la coqueluche sous la forme d'une solution aqueuse à 1 pour 100 dont on badigeonne plusieurs fois dans la journée la région périglottique, l'asaprol amena, presque sans exception,

la disparition assez prompte du mal, ce qui n'a fait que c(firmer le résultat des expériences pratiquées *in vitro* d'ap lequel l'agent en question empêche le développement du ı crogerme de la coqueluche dans son milieu de culture.

APPENDICE.

Un confrère distingué, M. le docteur Antero Manhães, Campos, qui a été témoin, dans mon service, du succès mes premiers essais de l'asaprol dans le traitement de malaria infantile, a bien voulu m'adresser trois observatic concernant les résultats qu'il a obtenus à la suite de ce mé(cament chez des adultes affectés de fièvre palustre, malad qui règne endémiquement dans la localité où il exerce.

Je crois donc utile de les résumer ici.

Observation I. — Jean C..., quarante ans, vu pour la premiè fois le 28 août 1894. Antécédents personnels : syphilis et ank lostomiase. Depuis trente jours environ, accès quotidiens (fièvre précédés de frissons. Bouche amère. État saburral. Pe de l'appétit. Hépatalgies. Insomnies. Dernièrement, vomis ments alimentaires. Maigreur. Pâleur. Accablement. Foie rate hypertrophiés. On lui prescrit de l'asaprol à la dose journ lière de 3 grammes.

Le 29 août, plus de vomissements ni d'hépatalgie. Le mala se montre très satisfait. Sommeil prolongé. Plus d'accès. Temp rature rectale, 36 degrés.

On répète le médicament à la dose de 2 grammes.

Le 30 août, hier soir, un accès précédé de frisson. Somm moins calme que les nuits antérieures. Les vomissements ne reproduisirent plus. Foie réduit de volume. Constipation. Te pérature anale, 36 degrés. Purgatif salin suivi de l'emploi (l'asaprol à la dose de 3 grammes.

Le 31 août, température anale, 36°,2. Le malade fait une pr menade à pied.

État saburral presque complètement éteint. Le foie et la rate assez dégonflés. Pas d'accès.

Asaprol, 2 grammes.

Le 1er septembre, amélioration marquée. Plus d'accès et à peine des digestions quelque peu laborieuses. On suspend alors l'administration de l'asaprol et on le soumet à un traitement adressé contre sa dyspepsie, qui est du reste très ancienne.

Observation II. — Catherine M..., habitant la ville de Campos, âgée de soixante ans, s'est présentée à la consultation le 4 septembre 1894. A partir de quinze jours, accès de fièvre survenant tantôt le matin, tantôt l'après-midi, se traduisant par les trois stades de frisson, chaleur et sueur. Bouche amère. Langue très chargée. Pas d'appétit. Foie très engorgé et douleurs à la palpation et à la percussion. La malade, qui porte les signes d'une artério-sclérose, est souvent prise de crises d'asthme. Au moment de l'examen, la température axillaire est de 37°,6.

Calomel. Asaprol à la dose journalière de 6 grammes.

Le 6 septembre, la fièvre n'a plus reparu. Langue plus nette. Le foie assez dégonflé. L'appétit commence à renaître. Aussi la malade a bien dormi les dernières nuits.

Asaprol, 2 grammes.

Le 7 septembre, plus de traces des manifestations paludéennes; la malade n'a plus eu d'accès. On suspend l'administration du médicament.

Observation III. Benedicto, trente-trois ans, laboureur, habitant sur le bord d'une rivière. Examiné pour la première fois le 3 septembre 1894. Pendant les sept dernières nuits, des accès de fièvre assez marquée, précédés de frissons suivis d'une transpiration copieuse s'accompagnant d'une céphalée très vive et parfois encore d'épistaxis. Langue couverte d'un enduit blanchâtre et épais. Inappétence. Foie très augmenté et sensible à l'exploration. Rate non tuméfiée. Quelques râles bronchiques épars des deux côtés. Température anale, 38 degrés. Un vomitif

d'ipéca suivi de l'administration de l'asaprol à la dose (3 grammes par vingt-quatre heures.

Le 4 septembre, température rectale, 38°,6. Effet satisfaisa du vomitif. Céphalalgie amendée. Cessation de l'épistaxis. Mei leur appétit. On répète l'asaprol toujours à la même dose.

Le 5 septembre, température anale, 37°,4. Foie presque to à fait revenu à ses dimensions normales et non plus douloureu Réduction notable des râles. Disparition définitive de la céph lalgie. Même traitement.

Le 7 septembre, la fièvre ne se renouvela plus. Bonnes nui Réapparition de l'appétit. On cesse l'emploi du médicament.

Ce sont donc là trois nouveaux faits qui viennent conf mer le résultat de mes observations recueillies sur les e fants affectés de malaria, ce qui doit attirer sûrement l'a tention des praticiens qui exercent dans les régions où sév cette maladie. Le médicament a été aussi bien supporté pa les adultes que par les enfants, et aucun accident fâcheu n'a pu lui être jusqu'ici rapporté.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique médicale.

Traitement de l'adénopathie bronchique chez les enfants. — Résultat du traitement de la tuberculose par le fluorure. — Traitement d l'asthme chez les enfants. — Traitement de l'ascite par le régim sec. — Action thérapeutique des courants à haute fréquence. — Traitement électrothérapique des vomissements incoercibles de l grossesse. — Stomatite mercurielle tardive.

Traitement de l'adénopathie bronchique chez les enfant (Jules Simon, leçon de clinique de l'Hôpital des enfants). — Plu fréquente qu'on ne pense, cette affection doit être considérée d nature inflammatoire ; elle provoque de la dyspnée et des tou quinteuses coqueluchoïdes, c'est elle qui provoque les toux spas- modiques prises pour des coqueluches irrégulières, sans *siffle-*

ment. Les enfants atteints d'adénopathie bronchique peuvent être atteints de complications broncho-pulmonaires.

Aussi la première mesure doit-elle être de tenir les petits malades à la chambre pendant un mois à six semaines, comme pour les convalescents de fièvres éruptives.

Traitement. Chaque matin, un verre à bordeaux d'eau du Mont-Dore ou d'eau sulfurée quelconque, à jeun, avec un peu de lait chaud. Huile de foie de morue ; arséniate de soude pendant les repas (1 à 2 milligrammes par jour), médication phosphatée après quinze jours de traitement arsenical. Eau de goudron ou terpine. Comme calmants, teinture de belladone (2 à 3 gouttes) et alcoolature de racine d'aconit (2 à 3 gouttes), sirop de codéine. Révulsion à l'iode ou l'huile de croton sur la région malade. S'il est possible, saison au Mont-Dore, dont l'effet est toujours excellent et consolide la guérison, ou, pour les enfants d'un certain âge, à une station sulfurée.

Résultats du traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium (Bourgeois, Académie royale de Belgique, février 1895). — Le fluorure de sodium, après l'insuccès des inhalations fluorhydriques, insuccès constaté il y a déjà cinq ans, a été déjà souvent essayé avec des résultats divers. Bourgeois, de Tourcoing, constate dans son travail, que l'acide fluorhydrique en inhalations n'a pu lui procurer que des améliorations, mais il affirme que le fluorure de sodium, employé à la dose de 1 dixième de milligramme (au début) jusqu'à 5 milligrammes par jour, a permis de constater des *guérisons* dans 9 cas bien établis. La guérison de la tuberculose étant fort difficile à constater, en raison des difficultés du diagnostic, nous n'insistons pas. On peut cependant retenir le fait matériel cité par Bourgeois : le bon effet obtenu par la médication.

Quant à la dose, on peut la trouver faible, car on a pu donner des doses de 50 centigrammes et jusqu'à 2 grammes de fluorure de sodium, sans aucun inconvénient.

Traitement de l'asthme chez les enfants (Dr E. Périer Journal de médecine de Paris, mars 1895).

I. Crise d'asthme simple.

1° Donner de l'air, en ouvrant les fenêtres, sans produire courants d'air, et appliquer des cataplasmes sinapisés ou des si pismes sur les membres.

2° Si l'on ne peut ouvrir les fenêtres, ou si le moyen n'a] réussi, faire des fumigations de datura, de papier nitré, ou ver quelques gouttes de pyridine, d'éther, d'iodure d'éthyle (pour adolescents), dans le voisinage du petit asthmatique, sur un m choir ou dans une soucoupe. J'ai souvent soulagé des asthmatiq qui vivaient dans une atmosphère surchauffée et sèche, en plaç sur une lampe à alcool une grosse bouillotte contenant en ébu tion permanente de l'eau et des feuilles d'eucalyptus.

3° Donner la potion suivante par cuillerée à dessert, de qu d'heure en quart d'heure :

Teinture de belladone	v à	x	gouttes.
— de *Grindelia*	x à	xx	—
— de *Lobelia inflata*	xx à	xxx	—
Sirop d'éther	10 à	20	grammes.
— de fleurs d'oranger		20	—
Eau de tilleul		90	—

4° S'il n'y a pas d'amélioration, donner une dose d'antipyri proportionnée à l'âge (10 centigrammes par an d'âge), d'un se coup, dans un peu d'eau sucrée.

II. Crise d'asthme avec bronchite aiguë ou congestion pulmonair

1° Couvrir la poitrine de cataplasmes sinapisés ou de ventous sèches.

2° Fumigations et inhalations comme pour I.

3° Potion par cuillerée à café, ou à dessert, de quart d'heu en quart d'heure :

Teinture alcoolique de belladone..	v à	x gouttes.
Sirop d'ipéca................		
— d'éther................	āā	10 grammes.
— de codéine..............		
— de fleurs d'oranger........		30 —
Eau de tilleul..................		60 —

III. *Asthme spasmodique simple en dehors des crises.*

1° Donner avant les deux repas principaux une cuillerée à café ou à dessert de :

Iodure de potassium............	5 à	10 grammes.
Sirop de baume de Tolu.......	āā	100 —
— d'écorces d'oranges amères.		

Pendant quinze jours.

2° Pendant les quinze jours suivants, avant les deux repas principaux, une cuillerée à café de :

Arséniate de soude....................	0g,05
Eau distillée..........................	200 ,00

Dans un peu d'extrait de malt ou de bière amère.

3° Deux jours par semaine, suspendre le traitement et donner, le matin, dans un peu d'eau sucrée, une cuillerée à café de la poudre laxative suivante :

Soufre sublimé..............	āā	15 grammes.
Crème de tartre..............		
Magnésie....................		
Essence d'anis................		1 —

4° Alimentation simple, d'où seront exclus les mets épicés ou de haut goût, le poisson, etc.

5° Frictions le matin, sur tout le corps, au gant de flanelle ou de crin.

6° Exercice au grand air le plus possible.

7° L'été, une saison au Mont-Dore ou aux Pyrénées.

IV. *Asthme avec bronchite chronique et emphysème.*

1° Traitement 1° et 2° de III.

En outre :

2° Le matin, pendant quinze jours, un quart de verre d'eau de Labassère dans du lait chaud.

3° Pendant les quinze jours suivants, une cuillerée à dessert, matin et soir, du sirop suivant dans du lait :

Iodure de calcium	5 à 10	grammes.
Sirop de Tolu	} ãa 100	—
— de capillaire		
— de codéine	30 à 50	—

4° Tous les deux jours, badigeonner la poitrine, alternativement en avant et en arrière, avec de la teinture d'iode.

5° Bains d'air comprimé.

6° En été, cure d'air dans une altitude moyenne ou saison à Allevard, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Saint-Honoré, le Mont-Dore, la Bourboule.

V. *Asthme chez les cardiaques.*

1° Traitement général comme pour III, en insistant sur l'arséniate de soude, vingt jours par mois pour dix jours de la préparation iodurée.

2° Pendant la période des accès, donner deux fois par jour :

Chlorhydrosulfate de quinine, 10 à 25 centigrammes, en cachet, lavement ou suppositoire, ou la potion suivante :

Chlorhydrosulfate de quinine	0g,20 à 0g,40
Sirop de groseille	30 ,00
Eau distillée	60 ,00

Une cuillerée à dessert d'heure en heure, et les petits moyens indiqués pour I.

VI. *Asthme des foins.*

1° Pendant les accès, introduire dans les narines un tampon d'ouate hydrophile imbibée du mélange :

Chlorhydrate de cocaïne	0g,05
Eau distillée de laurier-cerise	10 ,00

Huchard conseille de faire des insufflations dans les narines, plusieurs fois par jour, avec la poudre composée :

Sulfate de quinine................	3 grammes.
Benjoin pulvérisé.................	6 —

2° Donner la potion :

Antipyrine................	0g,50 à	1 gramme.
Sirop de fleurs d'oranger...........		30 —
Eau distillée.....................		90 —

Une cuillerée à dessert de demi-heure en demi-heure.

Ou la potion à la quinine comme pour V.

3° Envoyer l'enfant au bord de la mer ou dans les montagnes.

4° Soigner la cause (goutte, névropathie, rhinite hypertrophique).

5° Mont-Dore et la Bourboule.

Traitement de l'ascite par le régime sec (Finsen, *Ugeskrif. for Laeger*, 1894, nos 38 et 39). — Ayant essayé en vain tous les remèdes proposés contre l'ascite, dont il est atteint depuis dix ans (affection congénitale du cœur et hydatide du foie), l'auteur se décida à « sécher » l'ascite en introduisant dans le système circulatoire le moins possible de liquide. Pendant neuf jours consécutifs, il ne prit que 400 grammes de liquide par vingt-quatre heures. Le résultat obtenu fut très satisfaisant. Trois à quatre jours après l'institution de ce régime, la diurèse, de 800 grammes par jour qu'elle était au premier jour, monta, du troisième au cinquième jour, jusqu'à 1 100-1 200 grammes, chiffre qu'il n'avait pas atteint pendant des années entières. En même temps, disparition de tous les autres symptômes morbides. Grâce aux précautions prises par lui pour ne pas imbiber par trop ces tissus, il est arrivé à tenir en échec son ascite; dès qu'il la trouve augmentée, il se soumet au régime sec. Pour vérifier par l'expérience l'action du régime sec sur l'ascite, il la reproduisit artificiellement dans l'espace de dix jours et réussit, par le régime approprié, à s'en débarrasser dans le même laps de temps.

L'ascite était-elle énorme et la diurèse peu accusée, l'influe du régime était plus lente à se manifester. Dès que la diurèse at gnait 800 grammes par vingt-quatre heures, on n'eut besoin recourir qu'à un régime peu sévère pour se débarrasser de l'asc Mais dans ces derniers temps, quand la diurèse était tombé 400-500 grammes par jour, l'auteur fut obligé de se soumett un régime très sévère. L'expérience lui a appris que, en cas il urinait par vingt-quatre heures 500 grammes, il avait à abs ber 300 grammes de liquide de moins que quand la diurèse ét de 800 grammes par vingt-quatre heures.

Dans ces dernières années, pour activer la résorption de l'a cite, il combina le régime sec avec l'administration quotidien (ou un jour sur deux) de 7-8 grammes de magnésie calciné Grâce à ce traitement, et à des purgatifs pris par lui, son asci diminua tous les jours de 700 à 800 grammes. Il essaya aussi régime sec combiné avec l'administration quotidienne de 5 grai mes de chlorhydrate d'ammoniaque ; mais quoique moins fa gant, ce mode de traitement le cédait de beaucoup au régime s associé à la magnésie. Malgré toutes ces vicissitudes, l'auteur f à même de vaquer continuellement à son travail.

Quant à l'augmentation de la diurèse qui, presque toujou était en raison inverse de la quantité de liquide dont était i bibé le corps du malade, l'auteur est enclin à admettre que, cas de rétention dans le corps d'un liquide se trouvant en co munication avec les lymphatiques, son absorption ne se fera q du moment que le sang aura atteint un degré de concentrati qui exige impérieusement sa dilution. En règle générale, la di rèse commençait à s'élever quelques jours après l'institution (régime, et ces premiers jours étaient les plus pénibles pour l'a teur : soif extrême, langue sèche et saveur salée de la saliv Tous ces symptômes disparaissaient ordinairement avec l'au mentation de la diurèse, c'est-à-dire vers le troisième ou le qu trième jour. Il est à présumer que le régime sec a pour cons quence l'épaississement du sang qui, une fois ayant atteint u

certain degré, commence à absorber du liquide des lymphatiques. Dès que cette absorption est mise en train, elle s'effectue graduellement, avec une intensité croissante. Grâce à la disparition graduelle de l'ascite, la pression intrapéritonéale exercée par l'ascite sur le foie et les reins diminue à son tour, d'où passage plus libre du sang à travers ces organes. (*Times and Register*, 1895, nº 9, p. 178 et 179.)

Traitement électrothérapique des vomissements incoercibles de la grossesse (Champetier de Ribes, Société médicale des hôpitaux, 8 mars 1895). — Après avoir rappelé les insuccès innombrables éprouvés par les diverses méthodes thérapeutiques proposées, l'auteur rapporte cinq observations de guérison obtenues chez des femmes soumises à la voltaïsation descendante du pneumogastrique droit, d'après la méthode de Gautier et Laaot.

Le pôle positif est placé au-dessus de la clavicule droite, entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; le pôle négatif près de l'ombilic. Les électrodes sont au charbon et entourés d'amadou. L'intensité du courant varie de 8 à 10 milliampères ; sa durée d'un quart à une demi-heure. Les éléments de la pile doivent être accouplés un à un.

Stomatite mercurielle tardive (Moulin, Thèse de Paris, 1894). — L'apparition de la stomatite après cessation du traitement mercuriel est connue depuis longtemps. Moulin a repris la question et montré que deux causes sont susceptibles d'amener ces stomatites tardives : 1° l'emploi des injections interstitielles de préparations mercurielles qui déterminent des réserves considérables d'agent toxique, dont l'élimination se fera en un temps impossible à prévoir ; 2° le mauvais état de l'appareil rénal.

En conséquence, le médecin doit être prévenu que les syphilitiques rénaux, les cardiaques, doivent être surveillés avec grand soin, non seulement pendant, mais encore après le traitement. De

plus, il est nécessaire de choisir pour ces malades des préparations solubles ingérées et d'éviter les injections, malgré leur commodité.

Thérapeutique chirurgicale.

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen. — Contribution au traitement opératoire de la main bote. — Traitement des abcès de l'anus. — Contribution au traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique.

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen (Schwitz, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 février 1895). — Aujourd'hui que la chirurgie abdominale a fait de grands progrès, la question de l'intervention se pose souvent dans les cas de plaies de l'abdomen par armes à feu. Les uns ne veulent intervenir que quand des signes légers de péritonite, faiblesse relative du pouls, facies changé, commencement de météorisme, démontrent l'imminence des troubles inflammatoires; d'autres, parmi lesquels se range Schwartz, veulent l'intervention immédiate, la laparotomie permettant de faire la suture des perforations probables, de nettoyer la cavité péritonéale, et souvent de faire l'extraction du projectile.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur cite l'observation intéressante d'un jeune homme qui, après une plaie de l'abdomen, par une balle de revolver, ne présentait aucune apparence de trajet du projectile; pendant quarante-huit heures, il n'y eut apparence d'aucun phénomène inflammatoire, puis, brusquement, il succomba en quelques heures à une septicémie péritonéale. L'autopsie montra que la balle avait fait cinq perforations de l'intestin dans diverses anses. Chez ce malade, la seule chance de guérison était assurément une intervention immédiate.

Contribution au traitement opératoire de la main bote (Romano, *Archivio di ortopedia*, 1894, fasc. 2 et 3). — La malade, âgée de six ans, était atteinte, du côté droit, de pied bot et

de main bote, avec absence du radius, du premier métacarpien et du pouce. L'humérus droit était, lui aussi, moins développé que celui du côté opposé, de sorte que le raccourcissement total s'élevait à 4 centimètres.

L'opération consista en résection cunéiforme de l'extrémité inférieure du cubitus : ayant alors redressé la main après section préalable du tendon du long palmaire tendu, il réunit les surfaces avivées par un fil d'argent. Il y eut de la suppuration et le fil d'argent, de même qu'une esquille osseuse, furent expulsés. Néanmoins, le résultat obtenu fut satisfaisant, la main ayant conservé sa situation dans l'axe prolongé de l'avant-bras. (*Fortschritte der Medicin.*, 1er avril 1895, n° 7, p. 277 et 278.)

Traitement des abcès de l'anus (Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux, in *Presse médicale*, 23 mars 1895). — L'auteur préconise l'ouverture précoce de ces abcès, le bistouri étant le seul résolutif utile. Il insiste sur la manière d'ouvrir ces abcès de façon à éviter, dans la mesure du possible, la formation secondaire d'une fistule. Pour prévenir la fistule, l'incision doit être large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès. Il divise ainsi, au point de vue opératoire, les divers types de la suppuration péri-ano-rectales.

Les abcès tubéreux, les abcès phlébitiques circonscrits seront simplement ouverts par une petite incision.

Dans le cas d'abcès sous-cutanéo-muqueux, anesthésie par le bromure d'éthyle seul, dilatation de l'anus, section de toute la hauteur du revêtement cutané ou muqueux correspondant à l'abcès.

Dans les abcès de la fosse ischio-rectale non ouverts dans le rectum, éviter de fendre les tuniques rectales dans toute la hauteur de l'abcès, de manière à ménager, autant que possible, l'appareil musculaire de la région.

Dans les abcès de la variété superficielle par propagation d'une collection primitivement sous-cutanéo-muqueuse ayant contourné le sphincter pour envahir la fosse ischio-rectale, commencer par

le traitement indiqué de la portion sous-cutanéo-muqueuse de l'abcès, puis continuant l'incision parallèlement aux plis rayonnés, fendre la peau et les parties molles qui recouvrent la cavité suppurante jusqu'à la limite externe de celle-ci, compléter au besoin l'intervention par la mise à découvert de tous les diverticules secondaires, fessier et périnéal qui peuvent exciter tous les recoins de l'abcès, ainsi mis à nu sans que l'appareil musculaire ano-rectal n'ait été intéressé. Tamponner à la gaze iodoformée, placer un drain dans le rectum pour faciliter l'émission des gaz.

Dans les abcès tuberculeux, curetter avec soin les fongosités et faire suivre le curettage de cautérisations au thermo-cautère.

Dans les abcès profonds de la fosse ischio-rectale, faire, en dehors et parallèlement aux fibres du sphincter externe, une longue incision antéro-postérieure; tamponner ensuite la cavité de l'abcès.

Lorsque l'abcès a passé d'une fosse ischio-rectale à l'autre, au-dessus du sphincter externe, il faut faire en arrière, sur la ligne médiane, une incision qui comprend la partie la plus postérieure du sphincter externe, mettre ainsi à découvert la partie moyenne de l'abcès et assurer avec de gros drains s'écartant en V, vers chacune des fosses ischio-rectales, l'écoulement fourni par les cavités suppurantes. Pour éviter le déplacement des drains, on peut les fixer aux lèvres de la plaie avec un gros crin.

Le traitement des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur diffère suivant leur siège.

Dans le cas de prostatite suppurée, il faut aller franchement par le périnée à la recherche de l'abcès en pratiquant l'incision de la taille prérectale.

Dans l'abcès à point de départ rectal, l'incision doit être en rapport avec le siège de la collection, sans inciser les parois rectales

Certains abcès occupant l'étage supérieur du périnée peuve[nt] être ouverts par une incision curviligne encadrant un des segmen[ts] inférieurs de l'anus.

Le plus souvent, c'est à l'incision médiane postérieure que l'

teur a recours. Fendant le sphincter externe sur la ligne ano-coccygienne, on arrive entre le releveur et le rectum, pouvant s'engager aussi bien d'un côté que de l'autre et établir ainsi un drainage déclive des collections développées dans l'espace pelvi-rectal. S'il existe une perforation de l'intestin, alors seulement l'incision de toutes les tuniques intestinales sera utile et devra remonter jusqu'à la perforation.

Une incision médiane postérieure permet également d'ouvrir, sans intéresser les tuniques rectales, les collections développées dans l'espace urétro-rectal, au niveau des ganglions du méso-rectum.

Contribution au traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique (W. Müller, *Archiv für klinische Chirurgie*, Bd. XLVIII, p. 1-39). — C'est une question déjà assez longtemps débattue que celle qui a trait au traitement chirurgical de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique. Dans les cas graves, on pratiquait déjà jadis la résection des articulations atteintes. Tout récemment, Zesas s'est prononcé pour la résection de l'articulation de la hanche dans l'arthrite déformante. D'après lui, cette opération ferait cesser les douleurs et arrêterait la marche envahissante de l'affection, mais les résultats seraient peu encourageants quant aux fonctions de l'articulation réséquée. Cornils, tout en confirmant les données du dernier auteur quant à l'effet de l'opération sur les douleurs, s'appuie sur les faits rassemblés dans la littérature, et personnels, pour montrer que les résultats fonctionnels ne sont pas si mauvais que le prétendait Zesas. Müller rapporte en détail deux observations personnelles de résection de l'articulation du bassin dans l'arthrite déformante. Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier de trente-huit ans tombé sur la hanche et ne pouvant marcher qu'avec peine ; après la résection, il était de nouveau à même de s'adonner au travail et la marche devint indolore. Même résultat favorable dans le second cas.

L'auteur a aussi opéré deux cas d'arthrite déformante de l'articulation du genou (arthrectomie et enlèvement à la gouge des excroissances des bords). Comme résultats, guérison avec des articulations mobiles. La mobilité, dans un de ces cas, était telle, que le membre pouvait être étendu normalement et que la flexion allait jusqu'à 120 degrés ; dans l'autre cas, la mobilité était tout à fait normale. Dans le premier cas, la mobilité n'était en rien entravée par un épaississement monstrueux des extrémités articulaires du fémur et du tibia. La résection de l'articulation du genou eut pour résultat l'ankylose (Riedel, Bose et deux cas très réussis de Helferich). Les résultats obtenus par Müller, quant à la mobilité des articulations opérées, sont de nature à encourager les interventions chirurgicales en cas d'arthrite déformante de l'articulation du genou.

Trois opérations pratiquées dans l'arthrite déformante de l'articulation carpo-métacarpienne ont donné à Müller des résultats satisfaisants.

Quant aux quatre cas de rhumatisme articulaire chronique opérés par lui, si les douleurs ont disparu dans tous les cas, les résultats fonctionnels furent variables d'un cas à l'autre.

Tout en admettant, avec Schüller, qu'il y a lieu de supposer qu'à l'avenir la chirurgie occupera une place plus prépondérante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, il avoue néanmoins qu'à l'heure qu'il est, il serait désirable d'avoir à sa disposition des observations plus nombreuses et plus longtemps suivies (*Fortschritte der Medicin*, 1895, n° 7, 1er avril, p. 276 et 277).

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

(6 MAI 1895)

Les glycérophosphates;
Action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration;

Par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

I. LA MÉDICATION GLYCÉROPHOSPHATÉE.

Le 24 avril 1894, j'ai fait à l'Académie de médecine une communication préalable sur l'emploi thérapeutique des glycérophosphates, qui jusque-là n'avaient jamais été utilisés comme agents médicamenteux.

Cette médication nouvelle, dont je poursuivais l'étude depuis six années, est pleine d'avenir, puisqu'elle vise un but de la plus haute importance pratique : celui d'exercer sur la nutrition du système nerveux une action élective.

J'ai été conduit à étudier la valeur thérapeutique des glycérophosphates au cours de travaux sur la neurasthénie, constatant que certains malades éliminaient par l'urine s quantités relativement considérables de phosphore en ıbinaisons organiques, qui, toutes choses étant égales lleurs du côté de l'alimentation, me semblait provenir e dénutrition exagérée de la lécithine nerveuse. On sait, fet, que la plus grande partie du phosphore en combin organique dans l'urine s'y trouve a l'état d'acide glyıosphorique, et que ce corps est un des éléments de hine qui entre pour une si grande part dans la conn du système nerveux.

ne, d'autre part, l'assimilation des phosphates médicax actuellement en usage ne s'effectue qu'avec la plus lifficulté, je supposai qu'en fournissant à l'organisme

du phosphore en une combinaison organique aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux, on obtiendrait des effets plus marqués, plus constants, avec une élection possible sur l'appareil de l'innervation.

Les premières recherches expérimentales et cliniques auxquelles je me suis livré m'ont d'abord démontré que les glycérophosphates pourraient être avantageusement employés dans tous les cas où il s'agissait de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité.

Il venait immédiatement à l'esprit l'idée de comparer les effets des glycérophosphates avec ceux obtenus par les injections de liquide testiculaire. Aussi bien, le phosphore en combinaison organique est l'un des principes essentiels, sinon l'élément le plus important de ce liquide, et n'est-il pas permis de supposer que ce qui agit dans le liquide testiculaire, c'est précisément ce phosphore organiquement combiné. D'où, la conclusion bien simple de remplacer le liquide en question par les injections sous-cutanées de glycérophosphates, sans qu'il soit besoin d'insister davantage pour établir les avantages de cette substitution, puisqu'on remplace une préparation incertaine, variable, éminemment altérable, par un produit parfaitement défini et d'un dosage facile.

Ces premières constatations faites, il fallait régler le mode d'emploi, les indications et les contre-indications de ces nouveaux médicaments.

Au lieu de m'en tenir à la simple constatation des résultats cliniques et d'accumuler des statistiques d'une portée tout individuelle et qui eussent aussitôt provoqué des statistiques contradictoires, j'ai eu recours à la *méthode analytique* que j'ai introduite dans les études de thérapeutique et qui consiste à prendre les effets du médicament sur les échanges pour guider, pour fixer leurs indications. Car la connaissance de l'action d'un médicament sur les échanges

implique d'une façon presque absolue la notion de ses effets thérapeutiques, et l'effet physiologique étant connu, on peut pressentir et parfois mathématiquement déterminer les indications et les contre-indications du médicament étudié.

Sans insister sur les avantages de cette méthode, rappelons seulement qu'elle m'a permis de régler l'emploi de nombreux agents médicamenteux, parmi lesquels le jaborandi, l'acide phénique, l'acide benzoïque et les benzoates, l'antipyrine, la thalline, la balnéation chlorurée sodique, etc. (1). — Appliquée aux glycérophosphates, ses résultats ont été tout aussi fructueux. Une fois de plus, la clinique a pleinement confirmé les inductions de la physiologie.

II. ACTION DE LA MÉDICATION GLYCÉROPHOSPHATÉE SUR LES ÉCHANGES ORGANIQUES.

A. ÉCHANGES GÉNÉRAUX. — Nos recherches ont porté sur huit sujets. Les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude ont augmenté la *quantité* d'urine cinq fois. Deux fois, il y a eu légère diminution, et, une seule fois, état stationnaire avec tendance à l'augmentation. En général, la *densité* baisse quand la quantité s'élève. Quant aux *matériaux solides*, ils ont augmenté cinq fois sur sept, et diminué deux fois. En résumé, *augmentation de la quantité et des matériaux solides, ce qui indique une accélération de la nutrition totale.*

Sur quoi porte cette accélération? Est-ce sur les *échanges*

---

(1) *Études sur le jaborandi* (*Bulletin de thérapeutique*, 1874-1875); *l'Acide phénique et la fièvre typhoïde* (*Académie de médecine*, 1884); *l'Antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications thérapeutiques* (*Ibid.*, 1887); *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales* (Paris, 1887); *Action physiologique de la thalline, ses contre-indications thérapeutiques* (*Archives de physiologie*, 5e série, t. Ier, p. 669); *la Balnéation chlorurée sodique, ses effets sur la nutrition, ses nouvelles indications* (*Académie de médecine*, 1891).

organiques ou inorganiques? Il semble que les deux ordres de principes participent à l'accélération, avec une certaine prédominance pour les principes inorganiques, puisque ceux-ci ont augmenté six fois sur sept ainsi que le coefficient de la déminéralisation totale. *Donc, les échanges organiques et inorganiques sont accrus, et ces derniers d'une manière peut-être plus constante.*

TABLEAU N° I. — *Variations des échanges généraux.*

MALADIES.	QUANTITÉ		DENSITÉ		MATÉRIAUX SOLIDES.		MATÉRIAUX ORGANIQUES.		MATÉRIAUX INORGANIQUES.		COEFFICIENT DE DÉMINÉRALISATION.	
	Av.	Ap	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.
	c. c.	c. c.										
Rhumatisme chronique.	970	1340	1024	1019	48.50	50.90	23.75	24.75	24.75	26.15	51 »	51.2
Néphrite interstitielle légère....	1415	1300	1023.5	1025	70.65	67.80	46.25	42.45	24.40	25.25	34.5	37.1
Idem.	1720	1915	1021	1021	74.20	82.80	49.29	53.07	24.91	29.23	33.5	35.5
Tabes dorsal	800	1000	1025	1017	36 »	40.70	28 »	30 »	8 »	10 70	22.2	26.2
Idem.	1500	2400	1015	1015	55.05	82.78	35 79	54.72	19.26	28.08	35 »	33.9
Paralysie toxique..	1500	1800	1027	1015	78.60	52.02	53.85	33.12	24.75	18.90	31.5	36.3
Maladie d'Addison..	1700	1600	1014	1015	42.67	50.88	28 22	33.44	14.45	17.44	33.8	34.1
Etat normal......	1080	1100	1028	1026	»	»	»	»	»	»	»	»

B. ÉCHANGES AZOTÉS. — Voyons maintenant, dans le détail, comment se comportent les *échanges organiques*. Voici les résultats du tableau n° 2.

	Augmenté.	Stationnaire.	Diminué.
Azote total....................	5 fois.	0 fois.	3 fois.
Urée......................	4 —	2 —	2 —
Acide urique................	2 —	4 —	1 —
Matières extractives azotées....	5 —	0 —	2 —
Matières ternaires............	4 —	0 —	3 —
Coefficient d'utilisation azotée..	5 —	1 —	2 —
Acide urique : urée..........	2 —	0 —	5 —

L'azote total et l'urée présentent une tendance à l'augmentation, ainsi que les matières extractives azotées; il y a

donc, en général, *suractivité dans les échanges azotés.* L'acide urique tend plutôt à diminuer, ce que corrobore la diminution de son rapport avec l'urée. Enfin, le *coefficient d'utilisation azotée* augmente dans tous les cas où il était abaissé. Il ne fléchit que dans les cas où il dépassait la normale. Quant aux *matières ternaires*, comme elles sont calculées par différence, elles condensent toutes les erreurs d'analyse, ce qui rend difficile l'interprétation de leurs variations.

Tableau n° II. — *Variations des échanges azotés.*

MALADIES.	AZOTE TOTAL.		URÉE.		ACIDE URIQUE.		MATIÈRES extractives AZOTÉES.		MATIÈRES TERNAIRES.		Coefficient D'UTIL. AZOTÉE.		RAPPORT DE L'ACIDE URIQUE A L'URÉE.	
	Avant	Après.	Av.	Apr	Av.	Apr	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Ap.	Av.	Après.
											°/°	°/°		
Rhumatisme chronique........	8.169	9.812	13.40	16.45	0.63	0.49	5.151	5.916	4.57	1.90	76.4	78.3	1 : 21	1 : 43
Néphrite interstitielle légère....	17.85	18.914	16.17	16.21	0.65	0.80	4.25	7.31	4.25	»	90 8	85.8	1 : 53	1 : 43
Néphrite interstitielle légère.....	17.89	16.86	38.35	36.13	0.78	0 60	6.87	8.79	2 28	6.85	86.8	83.8	1 : 49	1 : 52
Tabes dorsalis....	12.056	11.304	21.60	21.53	0 304	0.210	5 62	3.55	0.47	4 70	83.3	88.8	1 : 71	1 : 102
— —	8.29	21.72	13.76	39.39	0.585	0 624	5.24	9.39	16.20	5.34	77.4	84.7	1 : 23	1 : 63
Paralysie toxique.	20 74	9.50	37.54	17.43	0.450	0.450	9.22	3.65	6 63	11.58	84.4	85.6	1 : 83	1 : 38
Maladie d'Addison	9.826	11 44	18 32	21 20	0.595	0.512	2.96	4.29	6.35	7.44	86.9	86.3	1 : 30	1 : 48
Etat normal......	13.557	20.057	23.20	36.73	»	»	»	»	»	»	79.9	85.4	»	»

En résumé, *augmentation des échanges azotés, meilleure utilisation des produits azotés désintégrés et tendance à la diminution de l'acide urique.*

Pour bien mettre en relief cet accroissement des échanges azotés, j'ai institué l'expérience suivante dont on trouvera les résultats chiffrés dans le tableau n° VI. Un individu de trente-trois ans, chaudronnier, entre à la Pitié le 26 décembre, pour une anémie profonde consécutive à des pertes de sang hémorroïdales. Sous l'influence

d'un traitement approprié, les hémorragies s'arrêtent rapidement, et le malade soumis alors à la médication ferrugineuse s'améliore assez en un mois pour être en état de reprendre son travail; il a augmenté de 3kg,250. A ce moment (6 février), on lui injecte chaque jour, pendant trois jours, 50 centigrammes de glycérophosphate de soude en solution aqueuse stérilisée. Les aliments sont pesés et les urines analysées du 3 au 12 février. Avant l'expérience, le sujet utilisait 63,7 pour 100 de l'azote ingéré. Pendant l'expérience, l'azote utilisé s'élève à 85,8 pour 100, et monte à 92,9 pour 100, après l'expérience. Le coefficient d'oxydation azotée suit la même marche ascendante et s'élève de 79,9 pour 100 à 83,1 pour 100, puis à 85,4 pour 100.

TABLEAU N° III. — *Variations des échanges du soufre.*

MALADIES.	ACIDE sulfurique total.		SOUFRE incomplètement oxydé (1).		ACIDE sulfurique conjugué.		ACIDE sulfurique préformé.		COEFFICIENT d'oxydation du soufre.		RAPPORT de l'acide sulfuriq e à l'azote total.		RAPPORT de l'acide sulfurique conjugué à l'acide sulfurique total	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.
									°/o	°/o	°/o	°/o	°/o	°/o
Rhumatisme chronique..........	0.89	2.18	»	»	»	»	»	»	»	»	16 »	22.2	»	»
Tabes dorsalis....	2.334	3.129	0.238	0.521	0.098	0.219	1.998	2.389	80.8	83.4	19.2	27.6	4.1	6.9
Tabes dorsalis....	3.555	6.732	0.498	0.677	0.435	0.252	2.622	5.803	86 »	90 »	42.8	31 »	12.2	3.7
Paralysie toxique.	5.235	3.920	0.870	0.477	0.225	0.289	1.110	3.263	83.4	87.9	25.2	41.3	4.29	4.8
Maladie d'Addison.	2.558	3.262	0.321	0.344	0.156	0.117	2.081	2.771	87.5	89.5	26 »	28.5	6.1	4.5

(1) En acide sulfurique.

Il y a donc, non seulement, meilleure évolution de l'azote désintégré, mais aussi assimilation plus complète de l'azote ingéré.

La nutrition azotée est améliorée aussi bien dans son

courant d'assimilation que dans ses actes désassimilateurs.

C. ÉCHANGES DU SOUFRE. — Nous avons vu que les échanges inorganiques étaient accrus d'une manière presque constante. Mais ceci s'applique à ces échanges pris en bloc. Il faut donc rechercher quels sont parmi les principes inorganiques ceux qui subissent l'influence la plus manifeste.

L'*acide sulfurique total* augmente ainsi que le *coefficient d'oxydation du soufre*, dans le plus grand nombre des cas. Il en est de même du rapport de l'acide sulfurique total à l'azote total.

Par conséquent, il se produit une augmentation dans les échanges des organes riches en soufre, tels que le foie, par exemple, et l'évolution des produits sulfurés se fait d'une manière plus complète; donc, augmentation à la fois des échanges et de l'utilisation des produits échangés.

Quant à l'*acide sulfurique conjugué*, ses variations défient toute catégorisation; ce qui démontre, au moins, que les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude n'influencent point les fermentations intestinales.

TABLEAU N° IV. — *Variations des échanges du chlore.*

MALADIES.	CHLORURE de SODIUM.		RAPPORT du CHLORE à l'azote total.	
	Avant.	Après.	Avant.	Après.
			°/o	°/o
Rhumatisme chronique........	17.45	19. 2	129 »	117 »
Néphrite interstitielle légère..	15.85	16.90	53.9	54
Néphrite interstitielle légère..	14.03	17.22	41 2	51.8
Tabes dorsalis................	1.60	2.50	8 »	13.4
Tabes dorsalis	10.50	13.44	76.9	37.6
Paralysie toxique..............	12. »	10.81	35.1	68 9
Maladie d'Addison.............	9.35	11 04	57.9	58.6

D. ÉCHANGES DU CHLORE. — Le *chlorure de sodium* augmente six fois sur sept. Le rapport du chlore à l'azote total ne pré-

sente aucune régularité, et l'on ne peut tirer aucune cation de ses oscillations. Comme l'on ne rend de chl de sodium que dans la proportion où l'on en ingère prouve que le glycérophosphate de soude augmente pétit, ce qui est d'ailleurs conforme à l'observation clin

E. Échanges du phosphore. — Passons maintenant à l *phosphorique.* Sa tendance générale est de rester station ou de n'augmenter que dans de faibles proportions. diminué que dans une observation de paralysie oxyc nique, où l'intoxication avait très profondément troub

Tableau n° V. — *Variations des échanges du phosphore.*

MALADIES.	ACIDE PHOSPHORIQUE total.		ACIDE PHOSPHORIQUE des phosphates alcalins.		ACIDE PHOSPHORIQUE des phosphates terreux.		RAPPORT DE L'ACIDE phosphorique des phosphates terreux à l'acide phosphorique total.		RAPI DE L'A phosph tot à l'a tot
	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.
							°/°	°/°	°/°
Rhumatisme chronique.........	1.43	2.02	0.93	1.35	0.50	0 67	34.9	33.2	17.4
Néphrite interstitielle légère....	3.50	3.77	2.50	2.70	1 »	1.07	28.5	28.3	19.6
Néphrite interstitielle légère....	3.78	3.65	2 98	2 86	0.80	0.79	21.7	21.7	18.3
Tabes dorsalis...	2. »	2.35	1.52	1 90	0 48	0.45	24 »	19.1	16.5
— — ...	2 47	2.64	1.95	1.68	0.53	0 96	21.2	36 7	29.8
Paralysie toxique.	2.325	1.44	1.575	1 17	0.75	0.27	32.3	18.7	11.2
Maladie d'Addison	1.445	1.44	1.275	1.12	0.17	0.32	11.7	22.2	14 6
Etat normal	1.491	1.78	»	»	»	»	»	»	10.8

échanges. Les augmentations sont, en général, de peu portance; et cinq fois sur huit, le rapport de l'acide phorique total à l'azote total diminue, ou tout au moi varie pas. Il en résulte que *les glycérophosphates ne te pas à activer la dénutrition des organes riches en phosp mais que, bien au contraire, ils agissent sur eux comi moyen d'épargne.*

Ce qui se dégage encore nettement du tableau n° V, c'est que le rapport de l'acide phosphorique lié aux terres à l'acide phosphorique total reste stationnaire ou s'abaisse cinq fois sur sept cas. Je verrai tout à l'heure s'il est possible de se servir de cette donnée, lorsque j'envisagerai les variations respectives de la chaux et de la magnésie.

Tableau n° VI. — *Variations du phosphore organique, de l'assimilation et de la désassimilation de l'azote et du phosphore.*

DÉSIGNATION.	AVANT L'EXPÉRIENCE. Moyennes de trois jours.	INJECTION SOUS-CUTANÉE d'une dose de 0,50 de glycéro-phosphate de soude. Moyennes de trois jours.	APRÈS L'EXPÉRIENCE. Moyennes de trois jours.
Azote des ingesta..........	21.27	22.15	21.58
Acide phosphorique des ingesta..................	4.60	5.10	5.20
Azote total...............	13.557	18.010	20.057
Urée..	23.200	32.070	36.730
Acide phosphorique total..	1.491	1.451	1.780
Acide phosphorique organique.......	0.0558	0.0591	0.0454
Coefficient d'utilisation azotée.....................	79.9 0/0	83.1 0/0	85.4 0/0
Rapport de l'acide phosphorique organique à l'acide phosphorique total	3.8 0/0	4.07 0/0	2.55 0/0
Rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total.	10.8 0/0	8.6 0/0	9 0/0
Rapport de l'acide phosphorique organique à l'azote total....	0.410	0.327	0.220
Azote utilisé en 0/0........	63.7 0/0	85.8 0/0	92.9 0/0
Acide phosphorique utilisé en 0/0.................	32.4 0/0	28.4 0/0	34.2 0/0

Cette question de l'acide phosphorique est si capitale, que je l'ai soumise à un contrôle spécial sur le sujet qui m'a

servi déjà à étudier l'utilisation de l'azote ingéré. Les sultats sont calculés en moyenne et condensés dans le bleau n° VI.

Le premier point qui se dégage de cette expérience, c que l'acide phosphorique reste stationnaire pendant l'ad nistration du médicament, quoique la quantité ingérée soit plus élevée. En même temps, le rapport de l'acide ph phorique ingéré à l'acide phosphorique excrété baisse 32,4 pour 100 à 28,4 pour 100. Ceci peut s'interpréter de d façons : ou il y a diminution dans l'assimilation de l'ac phosphorique, ou bien il y a intégration dans l'organis d'une partie de l'acide phosphorique assimilé. Pour tr cher la question, il aurait fallu pouvoir effectuer le dosage l'acide phosphorique dans les garde-robes; mais l'irrégu rité de celles-ci ne m'a pas permis de rapporter exacteme les analyses aux diverses périodes de l'expérience. Qu qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que les actes nut tifs désassimilateurs des organes riches en phosphore, pa ticulièrement du système nerveux, ont tendance à s'att nuer, ce que vient confirmer l'abaissement de 10,8 pour 1 à 8,6 pour 100 du rapport de l'acide phosphorique total l'azote total.

Quant au phosphore organique, sa quantité totale au mente de 0,003; mais ce chiffre est trop faible, étant don les difficultés du dosage, pour avoir une valeur. Et en a mettant qu'il y en eût une, que représente-t-elle vis-à-v de l'acide phosphorique contenu dans 0,50 de glycérophc phate de soude ? J'ai donc le droit de conclure que le pho phore introduit sous cette forme a été fixé par l'organism et cette conclusion est confirmée par deux faits : d'abor parce que le rapport du phosphore organique à l'azote tot baisse de 0,410 pour 100 à 0,327 pour 100, ensuite par que les chiffres du phosphore organique et de ses rappor subissent, après la fin de l'expérience, un abaissement ext

mement sensible. Il n'y a donc point eu rétention du phosphore organique et élimination secondaire.

Tableau n° VII. — Variations des bases inorganiques.

MALADIES.	CHAUX.		RAPPORT de la chaux à l'azote total.		MAGNÉSIE.		RAPPORT de la magnésie à l'azote total.		POTASSE.		RAPPORT de la potasse à l'azote total.		SOUDE.		RAPPORT de la soude à l'azote total.	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.	Ap.
			°/°	°/°			°/°	°/°			°/°	°/°			°/°	°/°
Rhumatisme chronique..	0.430	0.600	5.2	6 1	0 310	0.192	3.7	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Tabes dorsalis	0.307	0.355	2.5	3 1	0.178	0 141	1 4	1.2	1.357	2.100	11.2	18.5	0.848	1 105	7 8	9.7
Tabes dorsalis....	0.288	0.888	3.4	4.»	0.151	0 252	1.8	1 1	2.325	8.408	28	15.7	1.177	6.001	50.3	27.6
Paralysie toxique	0.310	0 400	1.49	4 21	0.172	0.170	0.82	1.78	2.550	1.170	12.2	20.7	6 787	4 437	32.7	46 7
Maladie d'Addison.	0.189	0.202	1.9	1.7	0.129	0 115	1.3	1	2 274	2.015	23.1	17.8	2.150	3.720	22	32.6

Je trouve, dans cette expérience, une preuve nouvelle de l'action d'épargne des glycérophosphates sur le système nerveux, puisqu'ils enrayent la désassimilation et favorisent probablement l'intégration d'une petite portion des phosphates alimentaires. Je dis probablement, parce qu'il manque l'important document de l'analyse des matières fécales, mais on ne contestera pas que la majeure partie du phosphore injecté sous forme de glycérophosphate se soit fixée dans l'organisme.

F. Échanges calciques. — Nous allons compléter l'étude de l'action des glycérophosphate sur la nutrition, en examinant de quelle manière ils influencent l'élimination des bases inorganiques.

De quelle façon que l'on considère l'élimination de la *chaux*, soit dans son chiffre absolu, soit dans son rapport à l'azote total (tableau VII), soit dans le pourcentage des principes inorganiques (ta-

leau VIII), elle est toujours, ou presque toujours, au
nentée. C'est là un fait de la plus haute importance, pui
qu'il indique évidemme
une *suractivité dans*
échanges calciques. Et, co
me les os sont les orga
calciques par excellence,
est permis d'en déduire u
accélération dans la nutrit
osseuse.

Une objection se pose au
sitôt : si la nutrition osseuse
est accélérée, les échang
phosphorés devraient s'a
croître d'une manière équ
valente, et nous venons d
voir qu'au contraire les gly
cérophosphates étaient co
servateurs du phosphore.

Mais, d'une part, la chau
osseuse est combinée no
seulement à l'acide pho
phorique, mais aussi à l
cide carbonique, et il
pourrait parfaitement qu
suractivité nutritive ne
tât que sur le carbona
chaux. Et, d'autre
quelle preuve avons
que les os fixent d
ment le phosphate et
bonate de chaux circulant dans les plasmas et ne
pas, au contraire, par synthèse, dans leur tissu pro
éléments de leur constitution ? Je me rappelle d'a

Tableau N° VIII. — *Valeur en centièmes des matériaux inorganiques éliminés.*

Sur 100 parties de matériaux inorganiques éliminés, on trouve :	Rhumatisme chronique.		Néphrite interstitielle. 1		Néphrite interstitielle. 2		Tabes dorsalis. 1		Tabes dorsalis. 2		Paralysie toxique.		Maladie d'Addison	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Apr
Chlore	42.8	14.1	39.3	10.4	34.1	35 7	12 2	14.2	33.2	28.9	29.4	32.5	39.2	38 3
Acide phosphorique	6.6	7.6	14.3	14 8	15.1	12.5	25 »	21.9	12 8	9 4	9.4	7.6	10 »	8.2
Acide sulfurique	3 6	8 3	»	»	»	»	29 1	29 2	18 5	23.8	21 1	20.7	17 6	18 »
Chaux	1 7	2.3	»	»	»	»	3 8	3.3	1 5	3.1	1 2	2.1	1.3	1 1
Magnésie	1.2	0.7	»	»	»	»	2.8	1.3	0 8	0 9	0.7	0 9	0.8	0.6
Potasse	»	»	»	»	»	»	16.9	19.6	12.6	12.1	10.3	10.4	15.7	11 2
Soude	»	»	»	»	»	»	10.6	10.3	21.7	21 3	27.4	23.4	14.9	21.3

expériences de Papillon, qui, administrant à des animaux de la strontiane, voyait, à la longue, ce principe se fixer dans les os et y prendre la place d'une certaine quantité de chaux, ce qui prouve bien que la cellule osseuse, choisit dans les plasmas ce qui lui convient et édifie elle-même, par son activité propre, les combinaisons minérales qui incrustent l'osséine. Donc, en matière de nutrition osseuse, l'échange calcique et l'échange phosphorique ne vont pas nécessairement de pair, et l'objection que je viens de soulever est facilement rétorquable, sans compter que cette dissociation dans les échanges calcique et phosphorique est un nouvel argument à l'appui des aptitudes synthétiques de la cellule osseuse.

Je conclus donc que notre médication *suractive les échanges calciques de l'organisme, et particulièrement ceux de la substance osseuse, sans influencer d'une manière correspondante les échanges phosphorés du même tissu.*

G. Échanges magnésiens. — Nous allons voir qu'il en est exactement le contraire pour les *échanges magnésiens*. En effet, l'élimination de la magnésie et son rapport à l'azote total diminuent quatre fois sur cinq. Il en est à peu près de même de son pourcentage minéral. Cette différence si nette entre l'élimination de la chaux et celle de la magnésie, paraît, dès l'abord, paradoxale, parce qu'on a l'habitude de considérer ces deux bases terreuses comme liées l'une à l'autre dans les échanges organiques, et, vu cette habitude, on conçoit difficilement que là où sont accrus les échanges calciques, les échanges magnésiens ne suivent pas la même ascension. Et pourtant, ici, les chiffres sont précis et ne laissent aucun doute sur la réalité d'une diminution dans les échanges magnésiens.

Mais, comme je viens de le dire, dans cette manière de voir il n'y a qu'une habitude, et celle-ci ne repose sur aucun fait. La vérité est précisément à l'opposite.

En effet, voici longtemps que M. Gaube (du Gers) poursuit expérimentalement l'étude du sol animal, et a constaté que chaque tissu avait sa dominante minérale. Nous nous sommes assurés, dans un travail fait en commun et encore inédit, que la magnésie était la dominante minérale des bases du système nerveux, et que celle-ci pouvait être considérée comme l'un des témoins de son activité désassimilatrice. En matière de nutrition nerveuse, la question de la magnésie, telle que nous l'avons posée, prend donc une valeur de premier ordre, et ses variations comparées à celles de l'acide phosphorique nous fournissent les renseignements les plus précieux sur les actes chimiques qui s'accomplissent au sein de ce système. J'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ces faits que je me borne à indiquer sommairement ici.

Dans le cas actuel, je vois donc en cette diminution des échanges magnésiens une preuve nouvelle de l'abaissement des actes désassimilateurs de la substance nerveuse, et par conséquent de cette action d'épargne des glycérophosphates que j'ai précédemment établie.

H. Échanges potassiques et sodiques. — Les variations de la *soude* sont dans le sens de l'augmentation. Celles de la *potasse* sont trop irrégulières pour prêter à une interprétation quelconque.

III. RÉSUMÉ DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES GLYCÉROPHOSPHATES SUR LES ÉCHANGES ORGANIQUES.

Résumons maintenant, sous forme de propositions, afin d'en tirer tout à l'heure des indications thérapeutiques, les faits d'ordre physiologique qui viennent d'être acquis.

Les glycérophosphates en injections sous-cutanées — et j'ai des faits nombreux démontrant qu'il en est de même quand ils sont administrés par la voie stomacale — déterminent les effets physiologiques suivants :

1° Ils accélèrent les *échanges envisagés d'une manière géné-*

rale, aussi bien ceux de la matière organique que ceux de la matière inorganique, avec peut-être une certaine prédominance pour ces derniers.

2° Ils accélèrent principalement les *échanges azotés*, et cela dans toutes les étapes de ceux-ci. Ils favorisent le courant d'assimilation des matières albuminoïdes et leur intégration cellulaire. Ils augmentent parallèlement les actes de la désassimilation azotée, et accroissent l'utilisation de l'azote désintégré. — Il n'est donc pas un des actes de la nutrition azotée qui ne soit amélioré.

3° Ils influencent peu la formation de l'*acide urique ;* mais le fait de l'augmentation des échanges azotés a pour conséquence d'abaisser le plus souvent son rapport à l'urée, d'où encore une preuve de l'amélioration de ceux-ci.

4° Ils agissent sur les *échanges sulfurés* comme sur la nutrition azotée, en ce sens qu'ils les augmentent et qu'ils accroissent l'oxydation des produits sulfurés désintégrés. Et comme le rapport du soufre à l'azote croît dans presque tous les cas, il en résulte aussi que les organes riches en soufre, comme le foie, sont particulièrement le siège d'une nutrition plus active.

5° Ils n'ont pas d'effet marqué sur les fermentations intestinales.

6° L'augmentation du chlorure de sodium confirme le fait clinique d'un accroissement de l'appétit.

7° Tout en favorisant, très probablement, l'assimilation nerveuse des *phosphates* alimentaires, ils modèrent la dénutrition du système nerveux, agissent sur celui-ci comme un moyen d'épargne et aident à sa reconstitution en se fixant en presque totalité dans l'organisme (1). Cette action d'épargne est cor-

---

(1) Cette dernière partie de la conclusion n° 7 ne s'applique évidemment qu'à la dose de 50 centigrammes qui a été injectée dans nos expériences.

roborée par la diminution de la désassimilation de la magnésie, l'autre dominante minérale du tissu nerveux.

8° Ils augmentent les échanges calciques, et ceux de la substance osseuse, sans influencer ses échanges phosphorés.

HYGIÈNE

De la désinfection par la production sur place de vapeurs de formaldéhyde ou formol (1);

Par le docteur G. BARDET (2).

La désinfection absolue, scientifique, est-elle possible ? Par là, j'entends la stérilisation des germes les plus virulents, constatée par l'inoculation de cultures notoirement pathogènes, préalablement placées dans un local où la désinfection est ensuite pratiquée.

Jusqu'ici, je dois dire que j'ai considéré ce problème comme insoluble, et que c'est avec un complet scepticisme que j'ai entrepris les recherches consignées dans le présent travail et dont les résultats ont déjà fait l'objet d'une communication d'ensemble à la Société de thérapeutique (séance du 24 avril 1895).

(1) Voir l'article sur les *Propriétés thérapeutiques et désinfectantes du formol* (*Bulletin de thérapeutique* du 15 avril 1895).

(2) Les expériences relatées dans cet article ont été faites en collaboration avec M. Trillat, et le travail devrait, en toute justice, porter nos deux signatures. M. Trillat s'est dérobé parce qu'il est resté en dehors des expériences d'inoculations, qui forment la partie principale de la documentation, mais je tiens à lui donner publiquement la part de collaboration qui lui revient.

Je tiens également à remercier MM. Bolognesi et Marie, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous aider dans la surveillance des cultures et des inoculations nombreuses nécessitées par ces recherches.

J'ai donné, dans mon précédent article, les données scientifiques qui forment l'histoire, déjà longue, de l'aldéhyde formique. On en peut tirer la conclusion que le formol est un agent thérapeutique des plus intéressants et l'une des plus précieuses conquêtes de ces derniers temps. Il n'y a pas de doute que des expériences plus approfondies permettront de tirer de ce produit curieux des applications multiples et précieuses, tant en médecine et en science que dans l'industrie.

Au point de vue de la désinfection, Trillat a déjà publié (*Académie des sciences*, octobre 1894) une note où il relatait des résultats très favorables obtenus par l'usage d'une grosse lampe à oxydation.

L'emploi du formol normal du commerce, en solution dans l'alcool méthylique, peut bien, en effet, assurer, par sa seule présence, la désinfection des matières et objets, si on la pratique sous cloche ou dans de très petits espaces, tels qu'une armoire, par exemple ; mais il devient absolument insuffisant quand on veut essayer d'agir sur des capacités de plus de 1 mètre cube.

C'est pourquoi, Trillat d'abord, puis Cambier et Brochet, d'autre part (expériences de Miquel, in *Annales de micrographie*, 1894), avaient eu l'idée d'appliquer à la production sur place de l'aldéhyde formique le phénomène bien connu de la lampe à oxydation employée depuis longtemps, dans les cours, pour démontrer la formation de l'aldéhyde par combustion lente, en présence d'une spirale de platine rougie (1).

Trillat, dans la note signalée plus haut, relate de bons ré-

(1) Les lampes à formol de ce système représentent un réservoir d'alcool méthylique, dans lequel plonge une large mèche. Les vapeurs d'alcool rencontrent une toile de platine, préalablement rougie par allumage. On éteint la flamme, et la chaleur reste suffisante pour entretenir, par l'oxydation de l'alcool, le platine au rouge sombre, d'où production immédiate d'aldéhyde formique.

sultats obtenus avec une grosse lampe. Des expériences furent faites dans des pièces d'une capacité cubique de 30 à 75 mètres et même davantage, avec les germes des bacilles communs de l'eau d'égout et des poussières; les cultures pratiquées ensuite restèrent stériles.

Ces expériences ont été faites l'été, elles furent reprises au commencement de l'hiver en ma présence, et cette fois les résultats furent contradictoires. Faut-il en attribuer (1) l'insuccès à la basse température de la saison où elles furent entreprises ? Je ne sais, mais ce mauvais résultat ne contribua pas peu à m'entretenir dans le scepticisme que j'accusais au début de cet article.

En décembre 1894 parut une note à l'Académie de médecine de MM. Cambier et Brochet. Ces messieurs rapportaient une nombreuse série d'essais pratiqués sur les germes, et concluaient, comme jadis Trillat, Miquel et les auteurs allemands, à la stérilisation complète constatée par l'infertilisation des cultures pratiquées avec les matières désinfectées. De plus, les auteurs avaient entrepris la désinfection d'une salle de 75 mètres cubes. La lampe formogène qu'ils avaient employée leur avait permis de stériliser tous les germes contenus dans la salle ainsi traitée, mais cependant les auteurs font encore quelques réserves.

Je résolus donc de me faire une opinion certaine et de continuer les expériences commencées à l'hôpital Cochin en octobre 1894, mais cette fois avec des moyens d'action à la fois plus pratiques et plus sérieux. Je priai donc M. Trillat d'étudier la fabrication d'un producteur d'aldéhyde formique capable de dégager en quelques heures des quantités notables de ce produit. Après bien des tâtonnements, il réussit à appliquer son procédé de fabrication commerciale du formol

(1) Plusieurs auteurs ont montré que l'action microbicide du formol croît en même temps que la température.

a un petit générateur dans lequel une chaudière à bain-marie, chauffé au gaz, envoyait quatre jets de vapeur d'alcool méthylique sur des cônes de platine préalablement rougis.

Cet appareil fut essayé dans une des salles du vieux bâtiment de l'hôpital. Cette salle avait 300 mètres cubes de capacité. Mal close, elle était ventilée par un calorifère, qui projetait par heure des quantités considérables d'air chaud. C'était là de déplorables conditions d'expérimentation; aussi ne pûmes-nous parvenir à stériliser les cultures déposées dans la salle. Cependant, après avoir dégagé du formol pendant plusieurs jours de suite, je pus constater (avec cultures témoins à l'appui), que les germes charbonneux placés dans la salle avaient été très atténués dans leur virulence.

Je changeai donc les conditions d'expérience, en même temps que l'appareil était perfectionné de manière à obtenir le type définitif qui a fourni les résultats rapportés dans ce travail.

I. APPAREIL.

L'appareil se compose d'un récipient en cuivre de 8 à 10 litres de capacité et plongeant dans un bain-marie, dans lequel il est maintenu par les rebords d'une couronne. Le bain-marie est formé d'un récipient en tôle au-dessous duquel peut se mouvoir une rampe de gaz destinée à chauffer l'eau du bain-marie. Un thermomètre et un régulateur bimétallique sont fixés à l'appareil.

Le cylindre de cuivre présente à sa partie supérieure un renflement autour duquel sont fixés un certain nombre de tubes en cuivre d'un diamètre d'environ 1 centimètre, fermés à leurs extrémités extérieures mais présentant un orifice capillaire. Sur chacun de ces tubes, glisse un système cylindrique en cuivre qui contient dans son intérieur, sous forme de rouleau ou de spirale, la substance destinée à oxyder

les vapeurs d'alcool méthylique s'échappant de l'orific
tubes de dégagement.

La substance oxydante peut être de nature diverse
peut employer du coke, du charbon de cornue, de l'an
platinée, une toile métallique quelconque.

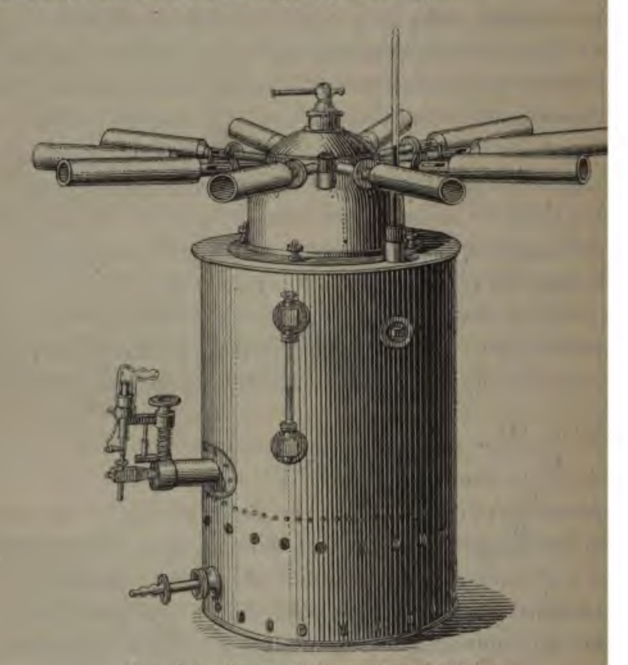


FIG. 1. — Appareil formogène de Trillat.

Dans l'appareil de Trillat, le rouleau oxydant est f
d'une toile de cuivre contenant à son intérieur une
lame excessivement mince de platine destinée à amorc
réaction. Au commencement du cylindre, un régul
Bunsen permet l'accès d'air plus ou moins mitigé dans
térieur du cylindre.

Pour faire fonctionner l'appareil, on remplit le réci

aux trois quarts d'alcqol méthylique et l'on élève la température du liquide du bain-marie à 72-74 degrés. Les vapeurs d'alcool sortent par les orifices capillaires des tubes sous forme d'un jet conique. Celui-ci entraîne mécaniquement de l'air qui arrive par les ouvertures du régulateur et pénètre dans la partie du cylindre qui contient le système oxydant. Si par l'ouverture du régulateur d'air on présente une flamme au jet d'alcool, il s'enflamme, mais ne tarde pas à s'éteindre en ouvrant davantage le régulateur. On peut à ce moment constater que, si la flamme a disparu, il est resté une incandescence sur le système oxydant. Cette incandescence est due à l'oxydation des vapeurs d'alcool méthylique qui produisent du formol ; elle persiste tant que les vapeurs d'alcool sont projetées par les orifices.

L'appareil une fois mis en marche fonctionne avec une grande régularité sans qu'il y ait danger d'explosion ni d'extinction ; selon que la température est plus ou moins élevée, on peut oxyder plus ou moins d'alcool ; l'appareil représenté par le dessin peut oxyder jusqu'à 3 litres d'alcool par heure (1).

Consommation. — Dans mes expériences, l'appareil a fonctionné de deux à dix heures de suite. Il a usé au maximum 7 à 8 litres d'alcool. Les résultats montrent qu'une durée moyenne de six heures avec consommation de 4 à 6 litres est plus que suffisante pour la désinfection d'espaces de 200 à 300 mètres cubes de capacité.

L'alcool méthylique valant, en gros, environ 90 centimes le litre, on voit que c'est une dépense de 2 fr. 50 au plus

(1) L'appareil peut fonctionner aussi par un entraînement d'air. Dans ce but, le récipient en cuivre est muni d'un orifice dans lequel on introduit un tube de verre en communication avec un récipient d'air comprimé. Dans son passage à travers l'alcool, l'air se sature, sort par les orifices et s'oxyde comme précédemment. Dans ce procédé, le chauffage est évité, mais l'oxydation est un peu plus longue.

pour 100 mètres cubes désinfectés, si l'on ajoute 75 centim
de gaz, employé pour la vaporisation de l'alcool. La mai
d'œuvre est peu de chose puisqu'un seul homme peut a
porter et mettre en jeu l'appareil, sans que sa présen
reste ensuite nécessaire. Au cas où l'on utiliserait le disp
sitif à air comprimé imaginé par M. Trillat, les frais seraie
encore diminués.

Action sur les meubles et tentures. — Puisque je traite l
questions pratiques, je dirai tout de suite que l'action de
formaldéhyde sur les bois, métaux et tentures est nulle.

M. Trillat a fait à cet égard un grand nombre d'exp
riences et elles ont été complètement favorables, aucun obj
mobilier n'a souffert. En expérimentant sur des échantillo
d'étoffes diverses, de couleurs variées, il a seulement co
staté que les couleurs à la fuchsine seules paraissaient bleu
légèrement.

Après Trillat, Aronson, Cambier, Brochet et Sottevin on
eux aussi de leur côté, mis cette innocuité en évidence,
je ne puis que la confirmer.

Pénétration, odeur. — L'aldéhyde formique jouit d'u
faculté de pénétration considérable. Il imprègne parquet
tentures, matelas, papiers, à une profondeur considérable
on le retrouve jusque dans le plâtre. Cela se reconnaît fac
lement à son odeur pénétrante et spéciale. Un morceau d
bois pris dans une pièce désinfectée et mis sous cloch
dégage une quantité considérable de formol. Dans les te
tures, matelas, oreillers, couvertures, etc., l'aldéhyde fo
mique pénètre dans la trame et dans l'épaisseur et semb
s'y polymériser en *trioxyméthylène*. Cela n'a aucun inconv
nient et assure, au contraire, la désinfection, car pe
dant des semaines, du formol se dégage lentement en tr
petite quantité et maintient tout ce temps la stérilisation d
milieu.

Aération. — Après désinfection, on peut pénétrer dans

pièce et ouvrir les fenêtres, après six heures de fonctionnement de l'appareil.

Un quart d'heure, au plus, après l'ouverture des fenêtres, l'air est très respirable; mais, si l'on referme ensuite, le formol qui imprègne les murs se dégage et rend de nouveau l'atmosphère irrespirable.

Le mieux est donc de laisser un courant d'air établi pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, toute odeur a complètement disparu. En cas d'urgence, on peut même affirmer qu'une aération de quatre heures serait suffisante pour rendre un local habitable, sans inconvénient réel pour les habitants.

II. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION EMPLOYÉE.

Jusqu'ici les recherches de désinfection par le formol avaient été pratiquées avec de simples cultures, c'est-à-dire que les auteurs concluaient à la stérilisation complète des germes, lorsque les ensemencements ne troublaient plus les bouillons, ou ne cultivaient pas dans les divers milieux appropriés.

Ce procédé m'a paru insuffisant. On peut objecter, en effet, qu'il reste dans les matières ensemencées une quantité de désinfectant suffisante pour arrêter la vie, sans que cependant les spores soient tuées.

J'ai ajouté aux essais par culture les inoculations d'animaux, seul moyen de contrôle qui permette de se faire aujourd'hui une certitude, à peu près absolue, au point de vue de la stérilisation des spores.

J'ai donc fait préparer des cultures notoirement virulentes des microbes pathogènes suivants :

Charbon, diphtérie, tuberculose, staphylocoque, et accessoirement, poussières d'hôpital, eaux d'égout.

Les cultures pathogènes ont été inoculées à des cobayes. Tous sont morts.

INOCULATIONS PRATIQUÉES AVEC LES

NUMERO D'ORDRE.	NUMÉRO des opérations.	PROVENANCE de L'ENSEMENCEMENT.	ALCOOL BRULÉ pour 100me.	DURÉE de l'opération.	N CULTI
			litres.	heures.	
1	»	*Témoin.*	»	»	(
2	»	*Témoin.*	»	»	C
3	»	*Témoin.*	»	»	I
4	»	*Tuberculose.*	»	»	*Tu*
5	III	Chambre.	8.5	7	C
6	IV	Cabinet.	3	9	
7	IV	Chambre.	»	2	
8	IV	Cabinet.	2	6	
9	V	Closet.	2.75	9	(
10	V	Id.	1.84	6	
11	V	Cabinet.	2 75	9	Tu
12	V	Closet.	2.75	9	I
13	VI	Salle à manger.	2 5	7	Tu
14	VI	Id.	2.5	7	I
15	VI	Chambre.	2.5	7	
16	VI	Cabinet.	3	9	(
17	VI	Closet.	3	9	
18	VI	Cabinet.	2.5	7	
19	VII	Closet.	2 5	7	Tu
20	VII	Chambre.	3.0	25	
21	VII	Salle à manger.	1.6	5	I
22	VII	Closet.	3	17	(
23	VII	Salle à manger.	2.3	7	
24	VII	Closet.	3	9	I
25	VIII	Id.	1	3	Tu
26	VIII	Chambre.	2.3	7	I
27	IX	Salon (papier).	3	12	
28	IX	Chambre (poussière).	1.3	4	
29	IX	Closet (poussière).	2	6	
30	IX	Chambre (parquet).	1.6	5	
31	IX	Salle à manger (peluche)	3	13	
32	IX	Cabinet (bouillon).	3	9	

ions de l'appartement (plan, figure 2).

…a culture …ement …ulation.	État des animaux. Après un mois et demi.	État des animaux. Mort.	Observations.
…ivante.		Après 36 h.	*Charbon confirmé.*
…l.		Après 25 h.	Id.
…l.		Après 78 h.	*Diphtérie confirmée.*
…l.	Nombreux foyers.		*L'animal a été sacrifié. Malade.*
…blanche.	Santé.		Culture : pas virulente, moisissure à la surface.
…rile.		Après 18 jours	Pas de bactéridie dans le sang. Mort par affection typhique. Probablement *B. coli commune* (?)
…l.	Id.		
…l.	Id.		
…l.	Id.		
…la surface.	Id.		Pas de putréfaction, donc spores de moisissure seules ont survécu. Pas de virulence.
…rouble.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
…rile.		Après 3 jours.	Mort de septicémie. L'inoculation du sang à d'autres animaux n'a pas reproduit le bacille de Lœfler, mais donné la septicémie.
…d.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
…d.	Id.		Id.
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.		Le 15e jour.	Animal bien portant, 10 jours. Plaie infectée le 11e jour, mort de septicémie.
…d.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		
…d.	Id.		

La virulence ainsi établie, les liquides ont été distribu au compte-gouttes sur des petits carrés de linge, de peluc de laine ou de bois.

Ces matériaux ont été distribués dans les différentes pi des appartements dont le plan est donné ci-après.

Des témoins ont été faits à chaque opération avec des n tériaux semblables et ont servi, par culture et inoculat (nos 1, 2, 3 et 4 du tableau), à contrôler la valeur pathog des matériaux mis en expérience.

Après chaque essai, les matériaux désinfectés ont été en culture à l'étuve dans les divers milieux appropriés des échantillons pris au hasard ont servi à pratiquer 28 inoculations relatées au tableau annexé à ce travail.

Enfin, à la fin des opérations d'essai, j'ai effectué des tures avec des témoins conservés pour cela, et les anim inoculés sont morts. J'ai donc le droit d'affirmer la virule des échantillons semblables, qui ont servi à faire les 19 c rations de désinfection pratiquées dans le courant du m de mars dernier.

Chaque fois qu'un animal a succombé ou a été sacri l'étude bactériologique du sang a été faite par culture et inoculation, de manière à vérifier l'état de l'animal et cause exacte de la mort. J'ai pu constater ainsi que les moins, d'avant et d'après les opérations, avaient bien su combé à la maladie déterminée par le germe morbide in culé. D'autre part, le même examen m'a permis d'affirm que, sauf un cas douteux sur 3 morts (n° 12 du tablea les 3 cobayes inoculés avec les cultures provenant de ma riaux désinfectés et qui ont succombé sont morts de mala accessoire.

III. RÉSULTATS.

Ne voulant pas compliquer, par des détails trop laborieu la rédaction de cet article, déjà très aride dans sa forme,

ne contenterai d'indiquer, en un tableau, les résultats acquis par les inoculations et de résumer, rapidement, les procédés employés au cours des 11 opérations définitives qui ont été pratiquées comme essais. Je passe, bien entendu,

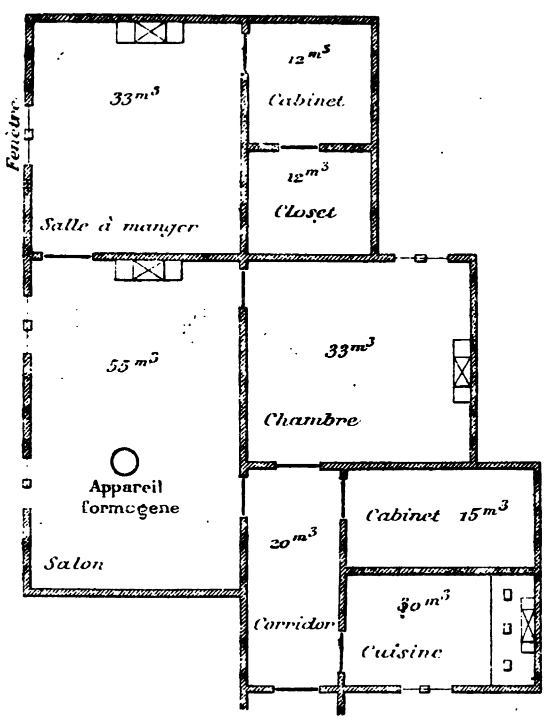


Fig. 2. — Plan d'un appartement de plain-pied; capacité 210 mètres cubes.

sous silence les expériences établies au préalable, pour essayer les perfectionnements successifs de l'appareil qui a été définitivement établi par M. Trillat, et que je viens de décrire.

Neuf opérations ont été faites dans l'appartement dont le plan est donné figure 2.

L'appareil était placé dans le salon, et suivant la méthode décrite précédemment, les matières pathogènes étaient disséminées dans les diverses pièces.

Les colonnes 4 et 5 du tableau donnent la quantité d'alcool brûlé et du temps pendant lequel les matériaux mis en culture avaient séjourné dans les pièces, soit pendant la marche de l'appareil, soit après son extinction, mais avant l'aération.

Vingt-huit inoculations ont été pratiquées. En outre, de nombreuses cultures, 20 à 25 par opération, ont été faites.

Il est à remarquer que dans les cultures, 5 à 6 pour 100 des tubes se sont légèrement troublés et ont présenté des moisissures. Les microbiologistes ont déjà noté que les spores de moisissures sont beaucoup plus résistantes que celle des germes pathogènes. Mon observation ne fait que confirmer ce fait, mais l'inoculation des tubes présentant des moisissures a montré que la virulence avait disparu et d'autre part, quand il s'agissait de cultures de l'eau d'égout (et c'est le cas le plus fréquent), l'odeur de la putréfaction n'est jamais apparue, ce qui prouve que les bactéries avaient été entièrement tuées.

Sur 28 inoculations, il reste 25 animaux vivants (sauf les tuberculeux qui ont été sacrifiés pour constater l'état des organes) et bien portants.

Trois animaux sont morts, mais 2 ont succombé très tardivement à des affections certainement accessoires et prises en dehors de l'inoculation ; ce sont les numéros 6 et 24 du tableau. Le numéro 6, inoculé avec une culture qui aurait dû être charbonneuse, est mort le dix-huitième jour d'une maladie à forme typhique. Le numéro 24, qui aurait dû mourir de diphtérie, est mort le treizième jour, de septicémie, à la suite de l'infection d'une plaie.

Reste le numéro 12 du tableau, inoculé avec une culture diphtérique. Celui-là est mort le troisième jour, de septicémie à staphylocoque sans présenter de symptômes diphté-

riques. Je considère ce cas comme douteux ; mais comme il est le seul d'une nombreuse série, je le crois incapable d'infirmer les résultats positifs donnés par 25 inoculations qui n'ont été suivies d'aucun phénomène morbide.

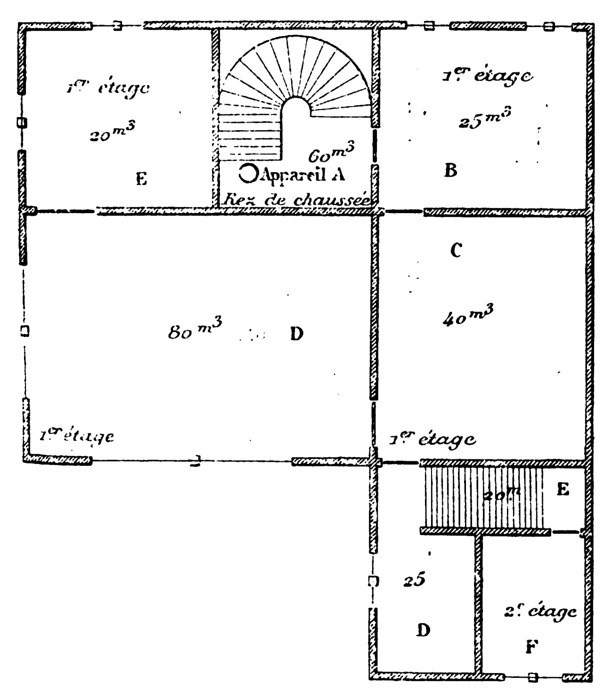


Fig. 3. — Plan d'un appartement en étages ; capacité totale 310 mètres cubes.

Je suis donc en droit de croire avoir véritablement obtenu la stérilisation des matériaux pathogènes mis en observation dans l'appartement désinfecté.

Après avoir obtenu les résultats précédents dans un appartement où les pièces se trouvent sur le même plan, j'ai pratiqué deux nouvelles opérations de désinfection dans un local

formé de trois plans superposés, représentant une capacité de plus de 300 mètres cubes (plan fig. 3); l'appareil était placé au rez-de-chaussée, les vapeurs d'aldéhyde formique montaient au premier étage, où elles se répandaient dans quatre pièces, et de là montaient, par un escalier placé en angle, à un deuxième étage composé de deux petites pièces.

Des linges, des étoffes contaminées, comme dans les précédentes opérations, avaient été disposés dans les diverses pièces du local.

Après désinfection, les cultures et inoculations pratiquées sont restées sans donner de résultats, ce qui démontre que la stérilisation avait été obtenue dans le nouveau local comme dans le précédent (1).

IV. CONCLUSIONS.

Des précédents résultats, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs d'aldéhyde formique, produites dans un grand appareil et en grande quantité, sont capables d'opérer la désinfection absolue de grands locaux.

2° En se servant d'un appareil capable de transformer à l'heure 1 litre d'alcool méthylique en aldéhyde formique, on a pu obtenir en deux heures la stérilisation d'un appartement.

3° Sans se fier à ce temps très court, on peut affirmer qu'une moyenne de six heures de fonctionnement de l'appareil précité suffit pour obtenir avec certitude la désinfection d'un local de 300 mètres cubes.

4° Les vapeurs d'aldéhyde formique n'ont aucune action

(1) Ces deux dernières opérations ont été faites au dernier moment; la survivance des animaux n'est que de quinze jours, mais ce temps est suffisant pour le charbon et la diphtérie. Il n'y a pas de doute que si les matières étaient restées virulentes, les animaux auraient déjà des phénomènes pathologiques.

fâcheuse sur les objets mobiliers ; elles peuvent disparaître rapidement par une simple aération de quelques heures.

Disons en terminant que ces conclusions peuvent encore se trouver améliorées dans l'usage pratique, car tout prouve que l'action du formol est proportionnelle à la quantité émise, et dans ces conditions on pourra, en augmentant la production des appareils, obtenir une désinfection plus rapide. Les expériences de Berlioz et Trillat (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1892) prouvent, en effet, que l'air saturé de formol peut tuer les germes les plus résistants en moins d'une demi-heure.

Il y aurait bien des détails à donner encore sur l'action du formol, mais je laisse à M. Trillat, qui prépare un long travail très documenté sur cette question, le soin de le faire. J'ai voulu seulement donner les résultats des essais que j'ai entrepris avec lui, et qui prouvent la valeur de l'aldéhyde au point de vue de la désinfection absolue.

PHARMACOLOGIE

Recherches sur le phosphate de chaux à l'état physiologique ;

Par M. L. Vaudin.

I

Les préparations pharmaceutiques à base de phosphate de chaux sont nombreuses; depuis la corne de cerf et les os calcinés que nous a légués l'ancienne médecine, jusqu'au glycérophosphate de chaux, on a vu apparaître successivement dans le domaine thérapeutique des sels phosphatés calciques dont le nombre et la diversité des formes témoignent de l'intérêt qui s'attache à la question de l'administration des phosphates.

Mais, si toutes ces préparations sont parfaitement définie chimiquement, en est-il de même au point de vue physio logique ? On peut répondre négativement sans hésiter, ca si l'on consulte les travaux des nombreux auteurs qui on écrit sur ce sujet, on voit qu'ils diffèrent nettement d'opi nion ; les uns prétendent que les phosphates de chaux phar maceutiques solubles ou insolubles ne sont pas assimilables les autres soutiennent le contraire. Où est la vérité? On con viendra que le praticien auquel son malade demande quell est la meilleure préparation de phosphate de chaux est for embarrassé pour lui répondre.

Je ne m'arrêterai pas à passer en revue les expérience ayant motivé les deux opinions énoncées, je ne retiendra que cet extrait du mémoire de Sanson : « Sur la valeu thérapeutique des sels de phosphore... il faut demande pour hâter le développement du squelette, pour *fabrique* c'est le mot, des animaux précoces, le surcroît d'acide pho phorique assimilable d'abord à un *allaitement plus abonda* et de *meilleure qualité*, puis à l'addition dans la ration a mentaire d'une quantité suffisante de semences céréales l gumineuses ou oléagineuses. »

C'est donc dans les produits naturels, tels que le lait, l semences des céréales, des légumineuses, qu'il faut all chercher les *phosphates assimilables* (1). De toutes les discu sions qui ont eu lieu, il y a près de vingt ans, sur l'assim labilité des phosphates, c'est la seule conclusion qui s restée intacte. Elle soulève le problème suivant : da quelles conditions le phosphate de chaux existe dans

(1) Sanson proscrit absolument les phosphates insolubles ou acid qui traversent l'organisme sans être assimilés.

Armand Gautier a observé que l'addition du phosphate de cha dissous dans un petit excès d'acide lactique n'est nullement favorab à l'ossification des jeunes animaux, qui sont d'ailleurs rapidemen pris de diarrhées, de dépérissement et meurent.

lait, et comment ce sel est-il maintenu en dissolution dans cette sécrétion ? Il est évident, en effet, que si nous arrivons à déterminer la forme sous laquelle le phosphate de chaux est contenu dans le lait et que nous puissions la reproduire dans le laboratoire, nous aurons résolu cette question d'une importance si grande pour la thérapeutique : la préparation du phosphate de chaux assimilable, tel qu'il existe à l'état physiologique.

II

Quand on étudie les matières protéiques contenues dans le lait et les liquides physiologiques d'origine animale ou végétale, on remarque ce fait constant que les albuminoïdes entraînent dans leur précipitation des sels minéraux, notamment des phosphates. Dans le cas particulier du lait, le *caillé* formé entraîne une grande quantité de phosphates dont il est difficile de le débarrasser, et cette circonstance a évidemment contribué à émettre cette idée que les matières protéiques sont intimement liées ou combinées aux phosphates. Il est vraisemblable — du moins en ce qui concerne le lait — qu'elle aurait encore force de loi si un certain nombre de travaux n'avaient, depuis dix ans, modifié nos connaissances sur cette sécrétion.

Je rappellerai tout d'abord cette expérience de Duclaux, qui, ayant recueilli du lait dans une série de tubes à essais rendus préalablement aseptiques, a vu se déposer après plusieurs semaines, dans les tubes qui étaient restés à l'abri des microbes, un précipité de *phosphate tribasique de chaux*. Il est fort probable que ce dépôt n'aurait pas eu lieu si la matière protéique avait été combinée au phosphate de chaux.

Il y a quelques années, Soxhlet et plusieurs chimistes allemands signalèrent dans le lait la présence d'une notable quantité d'acide citrique; ils pensèrent que cet acide y

est contenu à l'état de sel de chaux. J'ai moi-même prouv l'existence de ce corps dans le lait par une méthode diff rente de celle employée par ces savants. La découverte d'u fait aussi inattendu trouva peu d'écho en France ; il fau sans doute, attribuer cette indifférence à ce que l'origine c cet acide et le rôle qu'il joue dans le lait n'avaient pas é étudiés ou mis en évidence.

Dans un travail que j'ai présenté à la Société chimiq en 1892, j'ai fait l'expérience suivante : du lait de vache e filtré au tube poreux au moyen du vide, à une températu voisine de 0 degré, de façon qu'il ne subisse pas la fermen tation lactique. Si l'on chauffe le liquide limpide (1) obten il se dépose du phosphate tribasique de chaux avec augmen tation d'acidité de la liqueur surnageante. Après refroidiss ment, si l'on agite le liquide, le sel déposé rentre en diss lution.

Ce sont ces diverses données — présence de l'acide citriqu dans le lait, précipitation du phosphate de chaux du la dans les conditions indiquées à l'état de sel basique — qu ont servi de points de départ à mes recherches.

On sait que le phosphate de chaux est soluble dans les citrates alcalins; cette solution abandonne, lorsqu'on la chauffe, la plus grande partie du sel calcaire qu'elle renferme ; par le refroidissement, le dépôt formé disparaît en grande partie. Les conditions dans lesquelles cette précipitation a lieu, ainsi que la dissolution du dépôt formé, sont variables avec la dilution du liquide, la nature des sels en présence et leurs proportions relatives.

En tenant compte de ces faits, j'ai préparé une solution contenant les sels que l'analyse permet de déceler dans le

(1) Le liquide qui a subi, même très faiblement, la fermentatio lactique, est légèrement trouble ; chauffé, il devient opalescent, et l précipitation du phosphate de chaux n'a pas lieu.

iltré. Pour arriver à dissoudre le phosphate de chaux, il une quantité de citrate alcalin quatre ou cinq fois plus que celle existant dans le même volume de lait.

solution obtenue se comporte comme le lait filtré ; elle e déposer, quand on la chauffe, du phosphate tribasique iaux, qui se dissout après refroidissement. Si cette so-n contenait une quantité de citrate équivalente à celle :xiste dans le lait, la question qui nous intéresse serait dès à présent résolue, mais nous avons vu qu'il n'en as ainsi ; on est donc obligé d'admettre que des éléments iit, autres que les citrates, concourent aussi à la disso-n du phosphate de chaux. Quels sont ces éléments?

ı cherchant à résoudre cette question, je me suis sou-ı que les solutions sucrées dissolvent facilement la ıx, et que la présence des acides organiques fixes, des es, peut empêcher ou au moins retarder la précipitation les alcalis de certains sels. La considéra tion de ces faits conduit à rechercher le rôle de la lactose associée citrates alcalins dans la solubilisation du phosphate de ux.

n mélange équivalents égaux de phosphate de chaux, de ate de soude et de phosphate disodique, on ajoute au ide trouble obtenu de la lactose pulvérisée, et l'on éva-ı au bain-marie jusqu'à ce que la masse se soit épaissie ; a dessèche ensuite à l'étuve à air chaud.

i l'on délaye dans l'eau distillée le mélange des sels et actose et qu'on élève légèrement la température, le li-le s'éclaircit après quelques instants en ne laissant n résidu à peine appréciable. Pour arriver à ce résultat mployant une dose égale de phosphate de chaux, avec itrate alcalin seul, il en aurait fallu quatre ou cinq fois ı; le rôle de la lactose est donc parfaitement mis en évi-ce.

III

Nous avons, dans l'expérience ci-dessus, obtenu un lange de sels et de lactose, qui, traité par l'eau, donne liquide neutre contenant les divers éléments phosphaté lait ; il nous reste maintenant à démontrer que ces p phates y existent dans les mêmes conditions que dan lait.

On a vu plus haut que le lait n'ayant pas subi de ferme tion abandonne, sous l'action de la chaleur ou du temps phosphate tribasique de chaux ; examinons ce qui a lieu a les liquides préparés en dissolvant le mélange de sels e lactose dans l'eau distillée. Ils précipitent également s l'influence du temps ou de la chaleur ; les dépôts que obtenus dans trois cas différents présentaient la composi suivante pour 100 parties :

I.	Chaux	57.90
	Acide phosphorique	42.10
II.	Chaux	57.40
	Acide phosphorique	42.60
III.	Chaux	57.80
	Acide phosphorique	42.20

Ces solutions se comportent donc comme le lait, les pôts formés sont du phosphate tribasique avec excès chaux, et j'ai constaté aussi que la précipitation est acc pagnée d'une augmentation d'acidité du liquide surnage

Ainsi, la propriété principale du phosphate de chaux tenu dans le lait et dans les solutions préparées comm l'ai indiqué est d'exister en liqueur neutre ou très fai ment acide et de pouvoir facilement se séparer du liqui l'état de sel tricalcique ; on peut dire que cette propriété la caractéristique du *phosphate de chaux physiologique.*

Si nous étudions, en effet, les solutions que la chimie au service de la thérapeutique, nous voyons qu'elles

toutes pour origine le phosphate à deux équivalents de chaux. En le dissolvant, par exemple, dans l'acide chlorhydrique étendu, on obtient le produit désigné en pharmacie sous le nom de *chlorhydro-phosphate de chaux;* ce n'est en réalité qu'un mélange de chlorure de calcium et de phosphate acide de chaux, ainsi que l'indique l'équation suivante :

$$(PO^4H)^2Ca^2 + 2HCl = (PO^4H^2)^2Ca + CaCl^2.$$

Le corps chimique existant en dissolution n'est donc pas le même que celui qui a été mis en expérience ; ce dernier ne différait du phosphate qu'on rencontre dans l'organisme que par un équivalent de chaux, l'autre en contient deux fois moins. La préparation que ce phosphate a subie a donc eu pour effet immédiat de l'éloigner davantage du type physiologique. En outre, si nous analysons les précipités qui se forment sous l'action des alcalis, ou dans les solutions concentrées sous l'influence de la chaleur, nous voyons qu'ils renferment 44,3 pour 100 de chaux ; ils sont donc constitués par du phosphate bicalcique qui avait servi de point de départ à la préparation. C'est toujours ce précipité qui se forme dans les solutions obtenues au moyen des acides minéraux ou organiques.

Mais ce n'est pas seulement dans le lait que le phosphate de chaux existe dans les conditions que j'ai déterminées; un certain nombre de faits que j'ai étudiés démontrent que des phénomènes analogues se produisent constamment dans la nature ; j'espère les publier prochainement.

CONCLUSIONS.

1° Le phosphate de chaux existe dans le lait à l'état de sel tribasique, et les diverses influences qui tendent à le séparer du liquide le précipitent aussi à l'état de phosphate à trois équivalents de chaux.

2° Le phosphate de chaux est maintenu en dissoluti
dans le lait, grâce aux citrates alcalins que cette sécréti
contient et à la lactose.

3° On peut reproduire dans le laboratoire le phosphate
chaux avec les propriétés qui caractérisent le phospha
physiologique du lait.

4° Les solutions de phosphate de chaux obtenues avec l
acides minéraux ou organiques contiennent du phosphate
un seul équivalent de chaux, et précipitent du phospha
bicalcique, composés non physiologiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Duclaux, *le Lait, études chimiques et microbiologiques*, 1887; *Su les phosphates du lait; Sur la coagulation des matières albuminoïd* (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1893).

A. Gautier, *Chimie appliquée.*

A. Sanson, *Sur la valeur thérapeutique des sels de phosphore* (*Gazett hebdomadaire*, 1874).

Soxhlet, Henckel, Scheiber, *l'Acide citrique dans le lait de vach* (*Landw. Versuchst.*, 1888 et 1889).

L. Vaudin, *Étude sur la constitution du lait* (*Bulletin de la Sociét chimique*, 1892); *Sur l'acide citrique et le phosphate de chaux du lait* *Sur le phosphate de chaux en dissolution dans le lait* (*Annales de l'Ins titut Pasteur*, 1894).

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Sérothérapie.

La sérothérapie dans la syphilis. — Injections intraveineuses de sérum artificiel dans la pneumonie. — Les toxines du streptocoque érysipélateux et du *bacillus progidiosus* dans le traitement des tumeurs malignes. — Sérothérapie antistreptococcique.

La sérothérapie dans la syphilis (Communication de M. R chet à la Société de biologie, séance du 6 avril 1895). — L'auteur a fait à une femme atteinte, depuis trois ans et demi, de gomm ulcéreuses multiples qui avaient résisté à tout traitement, u

injection de sérum antisyphilitique, et la malade guérit en quinze jours.

Le sérum provenait d'un âne inoculé cinquante-quatre jours auparavant avec du sérum d'une syphilitique en pleine période secondaire.

L'auteur fait observer que l'action manifeste du sérum pris cinquante-quatre jours après l'inoculation de l'animal montre que les substances antitoxiques ne disparaissent pas rapidement du sang.

Injections intraveineuses de sérum artificiel dans la pneumonie (Galvagni, *Riforma medica*, 1895).— L'auteur recommande vivement, dans le traitement de la pneumonie, les injections intraveineuses de sérum artificiel (c'est-à-dire une solution aqueuse contenant 0,75 pour 100 de chlorure de soude et 0,5 pour 100 de bicarbonate de soude. Grâce à ce traitement, on s'opposerait efficacement à la formation des coagulations sanguines dans le cœur, qui constituent pour l'auteur la cause principale de la parésie cardiaque. Sur 8 cas traités de la sorte, il y a eu 6 guérisons ; les 2 autres cas restants se terminèrent par la mort. Mais comme ils étaient apportés à l'hôpital déjà agonisants, l'issue fatale n'a rien à faire avec le traitement employé. On injectera 200 grammes environ de sérum artificiel. (*Wiener medizinische Presse*, 1895, n° 12, p. 460.)

Les toxines du streptocoque érysipélateux et du « bacillus prodigiosus » dans le traitement des tumeurs malignes (Coley, communication à l'Académie de médecine de New-York, *American medico-surgical Bulletin*, 1er décembre 1894).— L'auteur présenta 4 sujets atteints de sarcome inopérable chez lesquels il a obtenu d'excellents résultats par les toxines du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus* : pas de récidive après trois ans et demi, vingt-sept mois et vingt mois. Dans 1 cas, le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique. Quant aux

autres, l'auteur ne dit rien à ce sujet. Sur 38 cas de sarcome y en aurait 9 chez lesquels on peut prédire une guérison co plète. Quant au carcinome, s'il est vrai qu'on constate une ai lioration notable, dans aucun cas on n'a réussi à obtenir ı guérison complète.

L'auteur s'est servi d'abord d'une solution filtrée des cultu du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus.* M plus tard il s'est assuré qu'il faut injecter la culture de ces de microbes développés simultanément dans le même bouillon qu' chauffe ensuite à 58 degrés centigrades. Dosage pour injection deux gouttes en cas de sarcome et trois à sept gouttes en cas cancer. Ces injections seront répétées à des intervalles variab suivant les cas à traiter. (*Medical Chronicle*, mars 1895, p. 43

Sérothérapie antistreptococcique (Communication des de teurs Roger et Marmorek à la Société de biologie, séance 30 mars 1895). — M. Roger apporte 30 observations à l'appui l'action presque spécifique de son sérum.

La première observation est relative à une femme accouchée ville, le 18 mars, et qui entre à la clinique le 23, avec tous l signes d'une infection puerpérale et une température à 39°,4.

Le lendemain, la température descend à 38°,4, mais les lochie restant fétides, on fait, le soir, une injection de 26 centimètre cubes de sérum. La température se maintenant à 39 degrés, o fait, le 24, une nouvelle injection de 20 centimètres cubes. L'éta général devient meilleur, mais la fièvre ne tombe définitivemer qu'après deux autres injections qu'on fait le 25. Ce qui était par ticulièrement frappant chez cette malade, c'était la rapidité ave laquelle un sentiment de bien-être survenait après chaqu injection.

La deuxième observation a trait à un érysipèle chez un nou veau-né. L'injection de 5 centimètres cubes de sérum antistrep tococcique faite quarante-huit heures après le début des acc dents, avait suffi pour amener la guérison. Ce résultat est d'autan

plus remarquable, que l'érysipèle des nouveau-nés est presque fatalement mortel.

La troisième observation se rapporte à une femme qui, huit jours après son accouchement, fut prise d'angine à streptocoques avec température oscillant entre 39°,7 et 40°,3. Une seule injection de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique faite après l'échec de la quinine, a suffi pour amener rapidement la guérison.

M. Roger fait observer que ces observations sont d'autant plus intéressantes à rapprocher les unes des autres, qu'il s'agit d'affections diverses produites par le streptocoque. Si ces observations ne permettent pas encore d'affirmer la valeur spécifique du sérum, elles démontrent toujours son innocuité parfaite.

M. Marmorek, qui a préparé à l'Institut Pasteur un sérum antistreptococcique très actif, l'a essayé, dans le service de M. Chantemesse, sur 46 érysipélateux. Tous ces malades ont guéri, sauf une femme de soixante-cinq ans qui a succombé à une pneumonie concomittante. L'examen montra que la pneumonie était produite par le pneumocoque. Le sérum, dont la dose minima est de 10 centimètres cubes, agit sur la lésion locale et les phénomènes généraux. La fièvre tombe ordinairement au bout de vingt-quatre heures, et l'albumine disparaît rapidement.

M. Marmorek ajoute que, pour avoir un sérum actif, il se sert d'un streptocoque dont il est arrivé à exagérer d'une façon extraordinaire la toxicité et la virulence.

Pharmacologie générale.

Le trional comme hypnotique. — Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate de chaux. — De l'influence de l'inanition sur l'action des médicaments. — Sur la rapidité comparative avec laquelle se résorbent quelques médicaments introduits, chez les sujets bien portants, par l'estomac ou le rectum. — Contribution à l'influence de l'âge et de la vie sexuelle des femmes bien portantes sur la rapidité avec laquelle les médicaments sont résorbés de l'estomac.

Le trional comme hypnotique (Dr Gaillard, *Société médicale des hôpitaux*, séance du 15 mars 1895). — M. Gaillard prescrit

le trional aux malades atteints d'insomnie, à la dose de 1 gran
en une seule prise : 5 malades seulement sur 40 ont été réf
taires. Cette substance est uniquement un hypnotique. Le tri
produit le sommeil sans troubler l'action des autres médicam
employés et sans accidents sérieux. Le sommeil est paisible
réveil agréable.

Le trional est, en résumé, un bon hypnotique, sans dange
qui procure plus vite que le chloral le sommeil au bout de vin
vingt-cinq minutes; il se prend en cachets.

L'auteur l'a employé dans l'insomnie simple, la neurasthé
la morphinomanie ; il fait aussi dormir des fébricitants, des
diaques, des tuberculeux.

Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate chaux (Dr Lafage, *Bulletin médical*, 27 mars 1895, n° 2
— L'auteur a expérimenté avec succès les phosphoglycérates
chaux et en indique leur emploi dans tous les cas où il s'agit
relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'a
vité : neurasthénie avec dépression nerveuse, diminution de
force musculaire, inaptitude aux travaux intellectuels, insom
vertiges, ataxie, paralysie, phosphaturie, chlorose, anémie, ph
sie, les convalescences, enfin toutes les affections où l'organis
a besoin d'un excitant énergique.

L'auteur a employé le phosphoglycérate de chaux chez pl
sieurs nourrices dont la sécrétion lactée était insuffisante, et en
obtenu des résultats satisfaisants.

De l'influence de l'inanition sur l'action des médicame (Th. Jordan, *Centralblatt für die medicinischen Wissenschafte* 1895, n° 9). — Pour étudier cette question importante, qui p
sente de l'intérêt non seulement théorique mais aussi pratiq
l'auteur a institué cinquante expériences avec la digitaline ch
des chiens, qui, pour toute nourriture, ne recevaient que de l'e
C'est du troisième au douzième jour de l'inanition qu'on inject

la digitaline en solution aqueuse (3 milligrammes pour 1 centimètre cube d'eau) dans la veine crurale gauche. Ces mêmes doses étaient administrées en injections intraveineuses à des animaux de contrôle.

Il résulte de ces recherches, que, chez les animaux inanitiés, les premières manifestations de l'action de la digitaline se montrent déjà après l'injection d'une dose encore inefficace chez les animaux normaux. En même temps, la dose léthale est, pour ceux-là, moins élevée que pour ceux-ci.

L'inanition de peu de durée n'exerce pas d'influence notable sur la fréquence du pouls. L'inanition était-elle déjà de longue durée, la fréquence du pouls n'est pas aussi diminuée dans la première et la troisième période de l'action de la digitaline, ni aussi augmentée pendant la deuxième période, qu'on ne le remarque chez les animaux de contrôle. Parfois aussi le ralentissement des battements cardiaques de la troisième période faisait complètement défaut.

Quant à la pression sanguine, elle ne s'éleva que d'une manière insignifiante, chez les animaux inanitiés, pendant la première période de l'action de la digitaline, et en cas d'inanition prolongée, elle tomba au-dessous de la normale.

Enfin l'auteur s'assura de l'hypoexcitabilité du pneumogastrique chez les animaux inanitiés : plus durait l'inanition, et plus aussi était accusée la diminution d'excitabilité de ce nerf. C'est cette hypoexcitabilité du pneumogastrique des animaux inanitiés qui donnerait la clef pour le peu d'augmentation de la fréquence du pouls dans la première période de l'action de la digitaline.

Quant aux anomalies observées dans la pression sanguine, elles seraient attribuables à l'hypoexcitabilité du centre vaso-moteur, à l'affaiblissement de la contraction des vaisseaux sanguins périphériques et à l'activité amoindrie du muscle cardiaque chez les animaux en inanition. (*Wiener medicinische Presse*, 1895, n° 11, p. 423.)

Sur la rapidité comparative avec laquelle se résorbe[nt] quelques médicaments introduits, chez les sujets bien po[r]tants, par l'estomac ou le rectum (M. S. Bénézet, commun[i]cation préalable, *Vratch*, 1895, n° 8, p. 207 et 208).— L'aute[ur] s'est arrêté dans ses recherches sur l'iodure de potassium et [le] salicylate de soude, à cause de leur apparition rapide et de [la] facilité avec laquelle on décèle leur présence dans les excrétion[s]. Les expériences ont été faites sur vingt-cinq hommes bien por[]tants âgés de vingt et un à vingt-cinq ans. Pour rendre les résul[]tats comparables, on entreprenait, sur chacun d'eux, deux séries comparées d'expériences ; dans l'une, on introduisait dans l'esto[]mac (à jeun) et ensuite dans le rectum (1 heure et demie aprè[s] lavement) 3 décigrammes d'iodure de potassium, et dans l'autr[e] série 3 décigrammes de salicylate de soude.

Voici les résultats obtenus par l'auteur quant à la résorption de l'iodure de potassium et du salicylate de soude :

1° Ces substances sont résorbées par le rectum aussi énergi[]quement que par l'estomac;

2° Quant à la rapidité de la résorption, elle n'est pas plus ac[]cusée pour les substances introduites par le rectum que pou[r] celles administrées par l'estomac; les légères oscillations en faveu[r] de l'un ou de l'autre sont, sans doute, dues à des variations in[]dividuelles des sujets en expérience.

Contribution à l'influence de l'âge et de la vie sexuel[le] des femmes bien portantes sur la rapidité avec laquelle le[s] médicaments sont résorbés de l'estomac (V. P. Démidovitc[h], communication préalable, *Vratch*, 1895, n° 10, p. 265 et 266) — L'auteur s'est servi pour ses recherches de l'iodure de pota[s]sium et du salicylate de soude. Il a étudié la question chez 73 fem[]mes (pour la majorité, des paysannes), dont 49 pour élucide[r] l'influence de l'âge, 8 pour élucider l'influence des règles et [1]6 pour élucider l'influence de la grossesse sur la rapidité de résor[p]tion des médicaments introduits par l'estomac.

I. *Influence de l'âge.*— On sait que *Yatsouta* (thèse de Saint-Pétersbourg, 1890) ayant étudié la même question chez l'homme, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium aussi bien que le salicylate de soude sont rapidement résorbés chez les adultes, plus rapidement encore dans l'adolescence et plus lentement chez les vieillards;

2° L'iodure de potassium apparaît dans la salive en moitié de temps qu'il ne faut pour son apparition dans l'urine;

3° Le salicylate de soude apparaît dans l'urine plus rapidement que l'iodure de sodium.

Pour les 48 femmes étudiées par l'auteur (131 observations, dont 49 avec iodure de potassium, 49 avec salicylate de soude et 33 pour étudier les variations quotidiennes), l'influence de l'âge était de même ordre que dans les expériences de Yatsouta : résorption plus rapide dans l'adolescence et plus longue dans la vieillesse. Chez les femmes jeunes et vieilles, les résultats obtenus variaient peu d'un jour à l'autre, tandis que chez les femmes pendant les règles, les différences d'un jour à l'autre étaient très accusées. Dans quelques cas rares, l'apparition de l'iodure de sodium dans la salive coïncidait avec son apparition dans l'urine, mais plus souvent elle lui était antérieure de deux à trois minutes. Quant au salicylate de soude, sa présence dans l'urine était décelée presque en même temps que celle de l'iode.

II. *Influence des règles.* — L'auteur a fait en tout 96 observations sur 8 femmes. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Dans 7 cas, la résorption de l'iodure de potassium devint plus active deux à quatre jours avant le début des règles et trois fois le jour même de leur apparition ;

2° La résorption était, dans tous les cas observés, ralentie vers la fin des règles ;

3° Avec la fin des règles, la rapidité de résorption allait en progressant jusqu'à une certaine limite qu'elle gardait presque sans oscillation pour devenir de nouveau plus énergique vers le com-

mencement des règles. Ainsi que nous l'avons déjà noté plu
les variations quotidiennes, presque nulles chez les enfant
vieilles femmes, étaient très accusées chez les femmes régl

III. *Influence de la grossesse.*— De 87 observations sur
mes enceintes (9 primipares et 7 multipares), voici les r
obtenus :

1° La résorption de l'iodure de potassium et du salicy
soude s'effectue chez les gravidiques en moins de temps q
les femmes non enceintes;

2° L'âge des femmes enceintes et la rapidité de résorpti
en raison inverse l'un de l'autre;

3° Plus la femme approche du terme de la grossesse,
est rapide la résorption;

4° Chez les multipares, la résorption s'accomplit plus
quement que chez les primipares.

Pour l'étude de l'influence de l'âge et de la grossesse, l
de potassium et le salicylate de soude étaient administr
dose de 6 centigrammes par chaque 10 kilogrammes du
Dans l'étude sur les règles, on laissait de côté le poids et
les femmes recevaient indistinctement 3 décigrammes de c
de ces deux substances.

BIBLIOGRAPHIE

*Dictionnaire de Thérapeutique, de Matière médicale, de Pha
logie, de Toxicologie et des Eaux minérales,* publié par Du
Beaumetz, avec la collaboration de MM. G. Bardet, secrétair
rédaction, Debierre, Egasse, Main et Macquarie. Supplém
mant un cinquième volume de 900 pages, grand in-8° à deux co
avec 150 figures dans le texte. Prix : 25 francs. Paris, 1895. O
éditeur.

C'est au moment où s'achevait le Supplément au *Dictionn
Thérapeutique* que la mort est venue frapper Dujardin-Beaum
15 février dernier.

L'auteur principal de ce grand ouvrage, l'éminent clinicie

les leçons avaient eu un si grand succès, a travaillé jusqu'à sa dernière heure à ce Supplément, qui sera le dernier travail où figurera son nom. La dernière signature du maître a été apposée sur la feuille 49, et cependant il n'aura pas eu la joie de voir paraître de son vivant ce bel ouvrage qui lui a coûté tant de soins.

C'est en 1889 qu'a paru le dernier des fascicules du tome quatrième du *Dictionnaire de Thérapeutique*. L'ouvrage avait été commencé en 1884, il a donc fallu seulement cinq ans pour achever cette œuvre énorme qui représente plus de 3 500 pages à deux colonnes in-quarto, soit la valeur de quinze volumes in-octavo de 1 000 pages.

Pourtant, malgré la rapidité avec laquelle avait pu être menée la publication de cet ouvrage, la science progresse à notre époque avec une telle vitesse, qu'au moment où l'ouvrage finissait, non seulement les premiers volumes, mais encore les derniers eux-mêmes se trouvaient en retard.

La thérapeutique, en effet, au cours des années qui se sont écoulées depuis 1884 jusqu'à 1889, s'est enrichie d'une quantité considérable de médicaments précieux, de sorte que le *Dictionnaire de Thérapeutique* à peine terminé se trouvait déjà moins au courant de la science. Un *addenda* figure bien à la fin de l'ouvrage, mais naturellement il dut être fait à la hâte, et ses articles ne purent pas être établis avec une importance suffisante.

En 1894, M. Dujardin-Beaumetz résolut de rajeunir son œuvre; il avait le désir de laisser après lui un véritable monument de la thérapeutique de son époque. Mais pour réussir dans cette entreprise, il fallait agir avec une grande rapidité, sous peine d'être dépassé par le temps.

Grâce à l'activité de M. Dujardin-Beaumetz et de ses collaborateurs, les additions nécessaires ont pu être faites au fur et à mesure des corrections d'épreuves, de sorte que l'ouvrage entier peut être considéré comme au point et représente en réalité l'état de la science en 1895.

Le Supplément est donc le complément nécessaire des quatre premiers volumes. Tous les mots nouveaux, c'est-à-dire les nombreux médicaments introduits depuis six ans dans la thérapeutique, y sont largement traités, et les articles qui leur ont été consacrés représentent le résumé aussi complet que possible de tous les travaux parus dans les diverses publications.

Les anciens articles ont été mis à jour, soit pour la *matière médicale* et la *pharmacologie*, soit pour la *pharmacodynamie* et la *thérapeutique*. De plus, quand la nécessité s'en est fait sentir, les vieux articles ont été complètement transformés.

Enfin la liste des *eaux minérales* de France et de l'étranger a été soigneusement revue, de sorte que le *Dictionnaire de Thérapeutique*

est certainement l'ouvrage qui peut donner sur un sujet aussi intére
sant les renseignements les plus complets et les plus détaillés.

Tel qu'il se présente aujourd'hui, cet ouvrage est, nous penso
pouvoir l'affirmer, non seulement le digne complément des œuvr
thérapeutiques de l'éminent clinicien de l'hôpital Cochin, mais enco
une véritable encyclopédie de thérapeutique, dans laquelle le lecte
est assuré de trouver tous les renseignements sur la *matière médica*
la *pharmacologie*, la *chimie*, la *toxicologie*, l'*analyse*, la *physiolo*
et la *thérapeutique* des divers produits, plantes ou eaux minérales, av
les indications bibliographiques renvoyant aux travaux originaux d
auteurs cités.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par les docteurs AUVAR
BROCQ, CHAPUT, DELPEUCH, DESNOS, LUBET BARBON, TROUSSEAU; p
blié sous la direction du docteur AUVARD, accoucheur adjoint de
Maternité. Deuxième édition. Un joli volume in-18 colombier
700 pages, relié, maroquin souple, tranches peignes. O. Doin, édite

Le *Guide de thérapeutique générale et spéciale* est un livre abso
ment nouveau par sa forme et destiné à rendre les plus grands servi
aux médecins praticiens.

Sous un format de poche et en 700 pages se trouvent réunies to
les notions de thérapeutique médicale, chirurgicale et spéciale.

Les matières ont été traitées par ordre alphabétique, chaque arti
étant signé de son auteur. Ce groupement sous forme de dictionna
rendra faciles et promptes toutes les recherches, de telle sorte qu'
quelques secondes on aura le renseignement thérapeutique désiré.

Ce guide, en outre qu'il constituera un précieux aide-mémoire po
le médecin, sera aussi l'expression des derniers progrès dans chaqu
branche thérapeutique et deviendra le vade-mecum indispensable
tous ceux qui se livrent à l'art de guérir.

La deuxième édition de ce livre qui vient de paraître a subi de no
tables améliorations; outre que certains chapitres ont été complèteme
refondus, notamment celui qui a trait au traitement de la diphtérie
toute la partie médicale a été, suivant le désir exprimé par de nom
breux médecins, augmentée de formules de manière à faciliter le
prescriptions.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

(15 MAI 1895)

Les glycérophosphates (1);
Action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration;

Par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA MÉDICATION GLYCÉROPHOSPHATÉE.

Les propositions physiologiques qui précèdent vont nous permettre de fixer celles des indications thérapeutiques des glycérophosphates qui découlent de leurs effets physiologiques sur la nutrition.

Je dois d'abord déclarer qu'aucune maladie ne réclame absolument l'emploi de ces médicaments, pas plus qu'aucune maladie ne les contre-indique. Le temps est passé où l'on pensait pouvoir opposer des entités médicamenteuses à des entités morbides, car pourquoi redire encore que la maladie n'est pas une, que chacun la réalise suivant ses aptitudes, et que ce n'est pas l'abstraction maladie qu'il faut combattre, mais bien les éléments morbides dont elle est composée, éléments qui peuvent être différents pour une même extériorisation symptomatique.

Prenons, comme exemple, la neurasthénie, dont on a voulu faire une entité que j'ai déjà démembrée en partie, et qui n'est qu'une façade symptomatique derrière laquelle s'abritent des troubles de nutrition dont quelques-uns sont essentiellement divergents. Il est tel neurasthénique auquel la médication glycérophosphatée convient merveilleusement, tel autre auquel elle sera nuisible. Supposons, en effet, pour

---

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

répondre à cette dernière éventualité, un neurasthéniqu chez lequel dominent cliniquement les phénomènes d'exc tation, et qui, au point de vue de sa nutrition, présente un exagération des échanges azotés avec oxydations accrues ici, la médication glycérophosphatée sera tout à fait contr indiquée. Mais, chez ce même neurasthénique, voici l'élim nation de l'acide phosphorique qui croît plus que celle l'urée ; le rapport Ph^2O^5 : AzT dépasse 25 pour 100, p exemple ; il est évident que ce qui domine alors, ce n' plus la suractivité des échanges azotés quelconques, m bien celle des organes qui, comme le système nerveux, s riches en azote et en phosphore. Comme la médication g cérophosphatée modère la désassimilation nerveuse et vorise la reconstitution du système, par voie d'épargne, el devient immédiatement indiquée. Elle sera également in diquée chez cet autre neurasthénique à échanges azoté amoindris, chez celui qui est phosphaturique ou phosphorurique, etc.

Je pourrais multiplier ces exemples et les étendre à bien des prétendues entités, à la chlorose entre autres, dont la variété chlorose avec amoindrissement des oxydations réclame les glycérophosphates, tandis qu'ils sont contre-indiqués dans la chlorose où les oxydations sont exagérées (1). Mais ce qui vient d'être dit est suffisant pour justifier la doctrine thérapeutique que je soutiens depuis si longtemps.

Ceci dit, les indications thérapeutiques d'ordre nutriti de la médication glycérophosphatée sont les suivantes :

1° *La déchéance des échanges azotés, aussi bien dans leur actes désassimilateurs que dans leurs actes d'oxydation.* — Nom

(1) J'enseigne depuis six ans que la chlorose n'est pas une maladie qu'il y a quatre processus morbides qui, quoique différents, revêtent l'apparence extérieure, actuellement individualisée sous le nom d chlorose, et réclament des traitements tout à fait dissemblables. J ferai de cette étude l'objet d'un mémoire prochain.

breux sont les états morbides où pareilles conditions se rencontrent et où la médication m'a donné de favorables résultats. Citons, entre autres :

A. La forme de *chlorose* dont il vient d'être question, et qui s'améliore rapidement par l'emploi combiné des glycérophosphates de fer, de soude et de potasse.

B. La *goutte* chronique, alors que le malade, en imminence de cachexie, est en état de déchéance nutritive, avec de faibles éliminations d'urée et un coefficient d'oxydation abaissé. La goutte franche, avec azoturie ou urée normale, est une contre-indication.

C. Le *diabète* à la période cachectique, quand il s'agit non plus de combattre la glycosurie, mais de relever l'organismè défaillant. Même contre-indication pour le diabète floride.

D. Les *obèses* qui rendent peu d'urée et dont le coefficient d'oxydation s'abaisse au-dessous de la normale.

E. La *phtisie pulmonaire chronique*, non que la médication ait une influence quelconque sur le bacille de Koch, mais avec le double but de mettre l'organisme en meilleur état de résistance, de stimuler ses actes de défense, et de remédier à la déminéralisation cellulaire qui, comme je l'ai récemment démontré, prépare le terrain au bacille et favorise son agression (1).

F. La *maladie de Bright chronique* où la déperdition d'albumine est considérable et l'urée très diminuée. Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai vu, sans que l'albumine subît, d'ailleurs, de diminution bien marquée, l'état général s'améliorer, les forces revenir, en même temps que les recherches chimiques démontraient une moindre déperdition par les garde-robes de l'azote ingéré et un relèvement du taux de l'urée.

(1) Albert Robin, *Études cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique*, troisième partie (*Archives générales de médecine*, avril 1895).

G. L'*albuminurie phosphaturique*, surtout la variété (
j'ai décrite sous le nom d'*albuminurie phosphato-neurast*
nique. Sur les 6 malades ainsi traités, chez l'un, l'albumi
qui s'élevait à 0,30, a disparu rapidement; chez les 5 autı
la moyenne de l'albumine, qui était de 1,02, est toml
à 0,509. Le premier malade, qui ignorait la présence
l'albumine, se plaignait de fatigue intellectuelle et d'impı
sance musculaire, liées à de sourdes et continues douleı
lombaires; ces symptômes disparurent avant même l'all
minurie.

H. Les *dyspepsies avec insuffisance gastrique et hypochl*
hydrie où l'abaissement de l'urée traduit l'insuffisance
l'assimilation azotée. Mais il ne convient alors d'utilise
médication glycérophosphatée qu'après un traitement g
trique approprié et comme traitement de seconde éta
uniquement destiné à remonter l'état général.

I. Les *vieillards affaiblis*, à nutrition languissante, épr
vent une sorte de remontement plus accentué et surtout pl
constant qu'avec le liquide testiculaire. L'augmentati
des échanges azotés démontre qu'il ne s'agit pas là d'u
affaire de suggestion, comme on l'a prétendu.

J. Citons encore, parmi les observations recueillies, tro
malades fatiguées par une cure intensive à Vichy, et rapid
ment relevées par la médication glycérophosphatée. L'u
de ces malades, atteinte d'entéroptose et de neurasthéni
revenait de Vichy sans forces, sans appétit, amaigrie p
une cure qu'elle avait mal supportée, et se plaignant surto
d'essoufflement et d'intermittences cardiaques. Après ı
mois de repos et de traitement, tous ces accidents avaie
disparu.

Il est inutile d'insister davantage, sous peine de passer
revue tous les états morbides où intervient comme élém
la diminution des échanges azotés.

2° La deuxième indication réside dans *l'influence de*

médication sur la nutrition hépatique. Elle sera donc indiquée dans les *insuffisances hépatiques* et contre-indiquée dans tous les états morbides où entre en jeu la suractivité du foie. C'est ainsi que, dans deux cas de cirrhose hypertrophique avec ictère, le résultat de la médication a été absolument nul, même au point de vue du remontement général. Au contraire, les sédiments briquetés de l'urine, formés d'urates teintés par l'uroérythrine, sédiments qui sont un des signes les plus constants de l'insuffisance fonctionnelle du foie, disparaissent souvent dès les premières injections ou après quelques jours de médication interne.

3° J'arrive à une indication fondamentale : c'est celle de la *déchéance du système nerveux*, soit par dénutrition exagérée, soit par assimilation insuffisante. Cet élément morbide, qui se rencontre dans les maladies les plus disparates, constitue vraiment la dominante d'action de la médication glycérophosphatée. Citons comme exemples :

A. La *convalescence des maladies aiguës*, et avant tout la *convalescence de la grippe*, dont les suites nerveuses ont si fréquemment attiré l'attention des médecins et du public, à la suite des épidémies qui se sont succédé depuis plusieurs années. La médication interne à l'aide des glycérophosphates associés suffit dans la plupart des cas.

B. Les diverses *phosphaturies*, à l'exception de la phosphaturie secondaire à la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, qui ne m'a pas paru améliorée.

C. Un grand nombre de cas de *neurasthénie*, quand celle-ci succède à la phosphaturie, à la phosphorurie, aux dyspepsies par insuffisance gastrique, aux fatigues intellectuelles avec surmenage nerveux suivant tous ses modes. L'indication clinique essentielle de la médication, c'est la dépression ou l'asthénie nerveuse. A ce propos, j'ai observé nombre de cas fort intéressants. C'est ainsi que l'amélioration m'a paru porter principalement sur le vertige, la céphalée, la force

musculaire, le plus de facilité du travail intellectuel, tandi
que l'insomnie, la tachycardie et en général tous les phéno
mènes d'excitation subissent plutôt une aggravation. Chez u
neurasthénique morphinomane, aucun effet ; chez un autr
atteint aussi de *spermatorrhée*, amélioration sensible. Enfi
d'une façon exceptionnelle, puisque le cas ne s'est présen
que deux fois, j'ai constaté un peu d'*excitation génésique*.

D. J'ai traité aussi, par cette médication, plusieurs c
d'*atrophie musculaire* de diverses origines. L'atrophie d'o
gine rhumatismale s'améliore sensiblement, surtout qua
on emploie concurremment le massage ; et nous publiero
bientôt deux observations de paralysie avec atrophie p
béquilles, où les injections sous-cutanées ont rendu les pl
grands services.

E. Dans les *paralysies en général*, les résultats ont été
médiocres. Tout au plus peut-on compter à l'actif de la médi-
cation deux cas de paralysie saturnine et un cas de paralysie
oxycarbonique. Encore conviendrait-il de savoir ce qu'il se-
rait advenu de ces trois cas, s'ils avaient été traités par les
moyens ordinaires ?

F. Les douleurs des *ataxiques*, le *tic douloureux de la face*,
la *sciatique*, le *lumbago chronique*, m'ont fourni des succès qui
tendraient presque à faire, dans quelques cas, du glycéro-
phosphate une sorte de spécifique de certaines douleurs.
Ainsi, dans le tabes dorsal, les douleurs fulgurantes s'atté-
nuent ou disparaissent sept fois sur dix cas. Dès les premières
injections, les tabétiques éprouvent une sensation de four-
millement et de vibration, avec parfois des inquiétudes dans
les membres inférieurs ; d'autres ont des insomnies. Mais
tout cela est de courte durée ; dès la fin de la première semaine
et parfois même dès les premières injections, les douleurs
s'apaisent. Plusieurs malades déclarent éprouver une certaine
amélioration dans l'équilibre, poser mieux le pied à terre,
avoir moins d'appréhension à se mettre en marche. Quel

ques-uns ont affirmé qu'ils dirigeaient mieux leurs mouvements, qu'ils sentaient mieux le sol, que la sensation de froid et de sécheresse dans les jambes qu'ils ressentaient auparavant avait disparu. Mais je dois à la vérité de déclarer que tout cela m'a paru d'ordre suggestif, au lieu que l'apaisement de la douleur ne saurait faire de doute.

Quant au *tic douloureux de la face*, j'en possède maintenant 2 cas qui ont présenté tous les deux une amélioration des plus manifestes.

La *sciatique* m'a donné aussi de fréquents succès. Sur 15 cas, 12 ont été guéris ou mis en état de reprendre leurs occupations. Dans quatre observations, les douleurs se sont apaisées dès la troisième injection.

Le *lumbago* résiste davantage, mais la combinaison des injections avec l'emploi du jaborandi réussit 8 fois sur 11 cas (1).

G. Aucun effet n'a été observé dans les *maladies mentales*, ni dans la *paralysie générale progressive*. La médication est même à redouter chez les malades excitables. Un tabétique atteint de troubles intellectuels mal définis s'est plaint, à la quatrième injection, de crises gastriques douloureuses. Un individu, soupçonné de paralysie générale au début, reçut six injections en six jours; la nuit suivante, il se réveille subitement avec des hallucinations, criant au meurtre, s'armant d'un couteau et voulant descendre de son lit, pour frapper un ennemi imaginaire; ses voisins parviennent à le calmer et il se rendort avec difficulté.

Par contre, chez un *mélancolique* très déprimé, la médication a paru provoquer un peu de mieux. Mais le nombre des malades traités est trop faible pour qu'on puisse fixer toutes les indications et les contre-indications des glycérophos-

---

(1) Albert Robin et P. Londe, *Torticolis et lumbago d'origine articulaire* (*Revue de médecine*, 1894).

phates. La seule chose que je sache, c'est qu'ils sont nu sibles chez les malades excités.

H. Les résultats acquis dans un cas de *maladie d'Addis* font bien augurer de l'emploi des glycérophosphates da cette maladie. Un feuillagiste âgé de trente-trois ans, attei depuis six mois, présentant les symptômes caractéristiq de la maladie bronzée, arrive à l'hôpital dans un tel état faiblesse qu'on doit le porter dans la salle. Il a une anore complète, des vomissements, une sensation de réfrigérat totale, une perte de toute faculté génitale. On le soumet, p dant trente jours, à l'injection quotidienne de 50 centigram de glycérophosphate de soude. Il sort de l'hôpital après q rante-cinq jours de séjour, mangeant et digérant bien, ay gagné 3k,500, donnant au dynamomètre 45 kilogrammes lieu de 25 kilogrammes, et assez fort pour reprendre s travail (1). Pendant ce temps, les échanges nutritifs se so fortement amendés dans tous leurs modes, comme on peu s'en rendre compte en consultant les tableaux I à VIII. Seule la pigmentation de la peau et des muqueuses n'a pas rétrocédé. Je suis cet homme depuis deux ans. Dès qu'il se sent moins fort, il vient à la Pitié, demande des injections et, quelques jours après, retourne à son travail. Il est juste d'ajouter que l'action de la médication glycérophosphatée a été aidée par l'emploi simultané de l'huile de foie de morue et de l'arséniate de soude qui, antérieurement employés seuls, n'avaient produit aucun soulagement.

4° La quatrième indication vise les *échanges calciques*. On conçoit quelle valeur elle peut prendre dans un grand nombr d'*affections osseuses*, comme le rachitisme, l'ostéomalacie, le fractures, les maladies de croissance, etc. Évidemment, c sont les glycérophosphates de chaux et de magnésie qu'il con vient alors d'employer.

(1) L'observation complète sera publiée.

J'ai indiqué, chemin faisant, les principales *contre-indications* révélées à la fois par l'observation et par la connaissance de l'action physiologique des glycérophosphates. Ajoutons encore qu'ils sont inutiles dans tous les états morbides accompagnés d'azoturie, et dans ceux où les oxydations organiques dépassent la normale.

En somme, ce qui domine dans cette médication, c'est son influence élective sur le système nerveux; c'est cette influence d'où dépendent, à n'en pas douter, tous les effets des glycérophosphates sur les divers échanges organiques, et ils doivent être considérés comme les *médicaments de la dépression nerveuse*, par opposition au bromure de potassium et à l'antipyrine qui sont les *médicaments de l'excitation nerveuse* (1).

V. MODE D'ADMINISTRATION ET DOSES.

Les glycérophosphates que j'ai employés sont ceux de chaux, de fer, de soude, de magnésie et de potasse. On les administre soit en injections sous-cutanées, soit par la bouche.

En *injections sous-cutanées*, je me suis surtout servi des sels de chaux, de soude et de magnésie. Le sel de chaux se prépare en solution à 5 pour 100 ; celui de soude, en solution à 20 pour 100. On peut injecter, par jour, de 1 à 10 centimètres cubes de chacune de ces solutions ; c'est-à-dire de 5 à 50 centigrammes de glycérophosphate de chaux, et de 20 centigrammes à 1g,20 de glycérophosphate de soude.

Les solutions doivent être préparées d'une manière tout à fait aseptique, par très petites quantités à la fois, et conservées soit dans des ampoules de 2 centimètres cubes, soit

(1) Albert Robin, *De l'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications principales* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887).

dans de petits flacons stérilisés dont le contenu ne serv
que pour une seule injection. J'insiste sur ces précautio
car les solutions glycérophosphatées sont d'excellents i
lieux de culture pour de nombreux microbes et se con
minent très facilement.

Les injections seront faites avec toutes les précautions :
tiseptiques d'usage. On se sert d'une seringue tout en ver
à piston de caoutchouc démontable, qu'on plongera pend
quelques minutes dans l'eau bouillante, ainsi que la pe
capsule de verre dans laquelle on doit recueillir le conte
de l'ampoule ou du flacon. La peau du sujet sera savonn
puis passée à la liqueur de Van Swieten. Avec ces préca
tions, sur les milliers d'injections que j'ai pratiquées, je n
jamais eu un abcès, ni la moindre trace d'inflammation.

On peut faire les injections sur toute l'étendue de
peau. Choisir de préférence les membres et le dos. Quand
s'agit de combattre une douleur, faire l'injection *loco dolent*
et successivement sur tout le trajet du nerf douloureux ; e
un mot, poursuivre la douleur à l'aide des injections.

L'injection en elle-même n'est pas plus douloureuse qu'ur
piqûre de morphine ou d'eau simple. A son niveau, la pea
rougit, prend un relief, et reste sensible pendant quelqu
instants. Immédiatement après la piqûre, le patient perç
une sensation passagère de vibration ou d'engourdisseme
dans la région piquée, et tout se borne là.

Par la *voie stomacale*, employer les glycérophosphates so
forme de cachets, de pilules, de sirop, etc.

Les doses sont, pour les sels de chaux, de soude, de p
tasse et de magnésie, de 30 centigrammes à 1 gramme p
jour, de préférence au milieu des repas ; pour le glycér
phosphate de fer, de 10 à 30 centigrammes par jour.

Il y a presque toujours intérêt non seulement à associer l
divers glycérophosphates, mais à leur ajouter des médic
ments ayant une action similaire sur la nutrition. C'est ai

que la kola, les strychniques entrent dans la composition de mes formules.

En voici une qui m'a rendu de grands services :

℞ Glycérophosphate de chaux.......	6 grammes.	
— de soude	āā 2	—
— de potasse		
— de magnésie...		
— de fer.........	1	—
Teinture de fève de Saint-Ignace...	xxx gouttes.	
Pepsine........................	3 grammes.	
Maltine	1	—
Teinture de kola................	10	—
Sirop de cerises (pour compléter).	200	—

Prendre une cuillerée à soupe au milieu du déjeuner et du dîner.

Ce sirop est très difficile à préparer. Il doit être rouge cerise, limpide, sans dépôt, et l'on ne parvient guère à cela qu'à l'aide d'un tour de main. Aussi, je le remplace souvent par les cachets suivants :

℞ Glycérophosphate de chaux............	0g,30
— de soude..........	āā 0 ,10
— de potasse.........	
— de magnésie.......	
— de fer..............	0 ,05
Poudre de fève de Saint-Ignace.........	0 ,03
Pepsine............................	0 ,15
Maltine............................	0 ,05

Pour un cachet. Un cachet au milieu du déjeuner et du dîner.

Les cachets sont quelquefois moins facilement tolérés que le sirop. Ils provoquent alors une sorte de lourdeur stomacale et même des aigreurs, inconvénients que je n'ai jamais constatés avec le sirop.

Les doses ci-dessus constituent des moyennes. Mais il faudra compter avec la susceptibilité des sujets, et se guider pour la question de doses sur deux choses, l'excitabilité accrue du malade et l'insomnie. Alors, il faudra suspendre

le médicament et recommencer quelques jours plus t a avec des doses de moitié moins élevées.

Pour le glycérophosphate de fer, qui me paraît être meilleur ferrugineux qu'on puisse conseiller dans le tra il ment des chloroses et des anémies avec insuffisance d oxydations azotées, la forme pilulaire est préférable. J'en ploie la formule suivante :

℞ Glycérophosphate de fer.........	0g,05 à	0g,10
Poudre de rhubarbe....................		0 ,05
Extrait de quinquina....................		0 ,15

Pour une pilule. Donner de 2 à 3 pilules par jour, au moment des repas.

Toutes les préparations qui précèdent ont l'inconvénient d'être assez coûteuses. A la rigueur, on les remplacera simplement, quoique avec une moindre activité, par le glycérophosphate de chaux en cachets, aux doses précédemment indiquées.

Pour qu'on obtienne de la médication glycérophosphatée des résultats comparables, il faut employer des produits réellement actifs. A ce propos, je dois déclarer qu'aucune des préparations toutes faites de glycérophosphates mises dans le commerce ne m'a complètement satisfait. Je n'en emploie ni n'en conseille aucune, et je recommande aux médecins de leur préférer les formules magistrales précédentes. C'est ainsi seulement qu'ils obtiendront les effet signalés au cours de cette leçon.

Qu'il me soit permis, en terminant, de protester éner quement contre la spéculation faite par un industriel, utilise une similitude de noms pour établir, à son profit, confusion, et couvrir les journaux médicaux d'annonce mon nom s'étale en grosses lettres, sans aucun prénom tinctif, et cela malgré mes réclamations. C'est là un pr dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance, en des poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur le traitement de la malaria;

Par le docteur Klein,
de Khaïfa (Syrie).

ɜntreprises coloniales de ces dernières années ont eu ɜsultat de placer un très nombreux personnel (mili- administrateurs, colons) dans des conditions où l'in- malarique est inévitable, et s'il y a quelque temps, cien exerçant dans un pays où la malaria est inconnue t fort de passer toute sa vie sans avoir à traiter un s de cette affection, les choses se passent autrement nant. Nombre de personnes reviennent annuellement : remettre d'un séjour plus ou moins prolongé dans s malsains, et toutes ces personnes présentent diffé- manifestations de la malaria, avec lesquelles le prati- it être familiarisé. Il est de toute nécessité, pour un ın, de bien connaître les différentes manifestations de aladie capricieuse, et d'appliquer le traitement ap- , car une faute de diagnostic et de thérapeutique voir des conséquences toujours fâcheuses et souvent En effet, la malaria ne se borne pas à la forme in- ente, réputée comme relativement bénigne. L'inter- ɜe n'est qu'une modalité, une manifestation exté- d'un état morbide qui frappe l'organisme dans ses essentielles et modifie profondément les grandes ns physiologiques. Nous allons exposer brièvement ngements anatomo-pathologiques produits par le mal ɘerturbations physiologiques qui en résultent, puis, , nous ferons l'énumération des différentes formes squelles la maladie se présente et, finalement, nous rons la ligne de conduite thérapeutique appropriée à

chaque cas, telle que notre propre expérience des pays fièvre palustre nous l'a fait comprendre.

Le premier élément qui est frappé dans le paludisme e le globule rouge du sang. Sous l'action de l'agent morbide, l globule rouge est altéré, et cette altération se produit d deux façons.

Dans la première, l'hémoglobine abandonne le globule rouge et se dissout dans le plasma où elle se transforme en matière colorante de la bile et, selon la quantité, donne une coloration à la peau pour produire le phénomène connu sous le nom d'*ictère*.

Selon l'autre mode, le globule lui-même est détruit, décomposé en fragments. Ces fragments, charriés par la circulation, sont éliminés comme tels ou se dissolvent dans le plasma.

Dans ces deux modes de destruction, l'hémoglobine devient un élément étranger à l'organisme, nuisible, dont ce dernier cherche à se débarrasser par des voies détournées. C'est Pamfik qui a, le premier, fixé l'attention sur ce point. Il examine par quelle voie l'organisme se débarrasse de l'hémoglobine ainsi mise en liberté. D'après lui, il y en a trois degrés.

1° Les globules rouges fragmentés, les fragments sont repris par la rate qui leur fait subir un travail régressif. La glande, par le surcroît de travail qu'elle s'impose, irritée par les produits étrangers, augmente rapidement de volume. Tel est le mécanisme de ces grosses rates qui caractérisent les fièvres paludéennes.

Lorsque l'hémoglobine se dissout simplement dans le plasma, sans que le globule soit détruit, c'est le foie qui s'en charge. Il sécrète une bile extrêmement riche en matière colorante.

En résumé, dans ce premier degré qui est propre à des accès simples de la fièvre intermittente, l'atteinte portée au

obule rouge du sang se manifeste par une grosse rate, ou r la sécrétion d'une bile très colorante et irritante.

Dans le deuxième degré, lorsque la quantité d'hémoglo-ne ainsi mise en liberté dépasse une certaine mesure, la e et le foie ne suffisent plus pour débarrasser l'organisme in principe nuisible. C'est le tour des reins.

Ils se chargent de faire passer par les urines l'excès d'hé-oglobine, ce qui produit le phénomène d'hémoglobinurie. va sans dire que le principe irritant, en passant par les ins, leur fait subir une certaine modification.

Cliniquement, ce degré correspond à la fièvre bilieuse maturique.

Enfin, dans le troisième degré, les tubuli sont oblitérés, fonctionnement des reins s'arrête et l'anurie apparaît. Cli-quement, cet état correspond à des formes très graves de fièvre bilieuse hématurique.

Telle est la théorie de Pamfik, et il faut dire que, dans ses its généraux, elle est vraie. Pourtant, il ne faut pas être clusif, et le praticien s'expose à commettre des erreurs de onostic si, dans tous les cas, il veut conclure des sym-bmes aux désordres subis par le sang. Au cours d'une aque de malaria, la coloration de la peau peut être pro-ite par la bile normale, grâce à un catarrhe intercurrent s conduits ; l'anurie est quelquefois un phénomène pure-ent nerveux. Bref, la gravité de la maladie n'est pas en ison directe de l'ictère, et il faut prendre en considération us les autres phénomènes qui, dans leur ensemble, pré-ntent un tableau frappant qui ne trompera que rarement praticien exercé.

Parallèlement avec la destruction des globules rouges, n constate dans l'organisme la présence du *pigment mé-nique*. Découvert en 1847 par Meckel, il a fort intrigué la riosité des savants au point de vue de sa formation. Pri-itivement, on croyait qu'il s'élaborait dans la rate ; en 1874,

Aronstein (de Kazan) fait publier un travail où il démontrait que ce pigment se formait dans le sang en circulation, aux dépens de l'hémoglobine dissoute. Actuellement, l'opinion générale est que le pigment se forme bien dans le sang, mais non plus aux dépens de l'hémoglobine, comme le pensait Aronstein ; il ne serait que le produit d'élaboration de la plasmodie de Laveran. Quoi qu'il en soit, dans aucune maladie fébrile on n'a trouvé le pigment mélanique, et à l'état actuel de la science, sa présence doit lever tous les doutes.

A côté du pigment mélanique, il se forme dans l'organisme le *pigment ocré*, sur lequel l'attention était attirée spécialement par Kelsch et Kiener. Contrairement au pigment mélanique, on ne le trouve pas dans les vaisseaux, mais dans les éléments propres des tissus (foie, rate, reins, moelle des os). Sa présence occasionne des troubles trophiques plus ou moins considérables, selon la quantité du pigment.

En résumé, les deux pigments ont une très grande importance dans le processus anatomo-pathologique de la malaria. Tant que dure la malaria, les deux pigments se forment. A mesure que l'affection devient plus ancienne, le pigment mélanique diminue de quantité, tandis que le pigment ocré augmente sans cesse.

Nous ne croyons pas nécessaire de donner la description des lésions anatomo-pathologiques causées par la malaria dans tous les organes ; cette description se trouve dans tous les ouvrages qui traitent ce sujet.

En renvoyant donc les intéressés à l'ouvrage de Kelsch et Kiener (*Traité des maladies des pays chauds*), nous abordons le vrai sujet de notre article, la thérapeutique de la malaria.

En résumé, le sang est diminué comme quantité et comme qualité. Le nombre des globules rouges est diminué, et leur richesse en hémoglobine aussi. La reconstitution du sang ne se fait que lentement, d'où le précepte que, dans le traitement de la fièvre paludéenne même bénigne, on ne sau-

se contenter de prévenir l'accès; il incombe au mé-
ı d'aider l'organisme dans son travail de réparation, ce implique tout un ensemble de mesures hygiénique et ıpeutique que nous exposerons plus bas.

ı effet, il n'y a pas d'autre maladie, sauf l'hystérie, pour ənter tant de modalités dans ses manifestations, pour si capricieuse dans sa marche.

əst pour cela que nous nous servons du terme plus gé-
l de *malaria*, au lieu de *fièvre intermittente*, cette der-
ə n'étant qu'une forme, il est vrai la plus fréquente, mais d'embrasser la majorité des cas.

ɔus ne voulons pas suivre la tendance de certains au-
s qui se sont évertués à décrire, comme des maladies à , les différentes modalités de cette étrange affection. Nous ɜ bornerons seulement à indiquer, chemin faisant, cer-
es applications thérapeutiques appropriées à des formes :iales.

éanmoins, une classification s'impose, car s'il est vrai la quinine est la base du traitement des affections mala-
nes, l'intervention thérapeutique varie selon la modalité a maladie. La malaria se présente sous quatre formes ement tranchées : 1° fièvre intermittente ; 2° fièvre per-
euse ; 3° fièvre hématurique ; 4° fièvres larvées. La pre-
re et la troisième sont nettement caractérisées ; quant deux autres, elles ont des allures tellement vagues que, vent, le praticien très expérimenté se trouve dépisté et rt des chances de faire des fautes de diagnostic.

ous aurons donc à envisager, dans le présent article, les ırventions thérapeutiques appropriées à chaque cas, c'est-
ire le traitement de la fièvre intermittente proprement ɜ, de la pernicieuse, de la bilieuse hématurique et des rres larvées dans leurs innombrables manifestations.

fièvre intermittente, qu'elle soit quotidienne, tierce, ırte, etc., etc., débute, la plupart du temps, par un fris-

son, qui ouvre la scène ; sa durée et son intensité sont variables, et l'on peut dire en raison directe de la gravité du cas, quoique la fièvre intermittente ne soit pas grave en général.

Le frisson dure de quinze minutes jusqu'à une heure et demie ; le plus long que j'aie observé a duré deux heures, et le cas fut terminé par des signes de perniciosité qui ont mis en péril la vie du malade.

Ce premier stade ne comporte pas d'intervention thérapeutique. On couvre bien le malade, on met dans son lit des chaufferettes ou des bouteilles remplies d'eau chaude pour parer, autant que possible, à la désagréable sensation de froid. Le malade tremble, claque des dents, malgré tous les moyens qu'on met pour le réchauffer ; néanmoins, il ne faut pas dédaigner d'essayer de réchauffer le malade, car l'illusion qu'il a semble amoindrir ses souffrances.

Si les moyens extérieurs ne réussissent pas, l'infusion chaude de thé, additionnée d'un peu d'alcool, paraît plus efficace au cas où son administration ne trouve pas d'obstacle dans les vomissements. Très souvent, le stade du frisson est accompagné de vomissements très rebelles ; d'abord ils sont alimentaires, puis bilieux, et enfin consistent en de vains efforts qui torturent horriblement le malade.

Ces vomissements ne sont pas dangereux en eux-mêmes et leur violence ne comporte aucune appréciation de pronostic ; mais en dehors des souffrances qu'ils procurent, ils épuisent le malade.

Il faut donc les combattre avec tous les moyens appropriés. Ces vomissements sont accompagnés souvent de violentes douleurs d'estomac, douleurs lancinantes qui paraissent être concentrées dans le creux épigastrique.

Pour combattre les vomissements, il faut administrer la potion Rivière toutes les cinq minutes, une dose composée de deux cuillerées à bouche (une cuillerée de chaque com-

posant). Elle m'a paru toujours très efficace, mais il y a des cas où elle échoue. Dans ce dernier cas, il faut badigeonner le creux épigastrique à la teinture d'iode, ou mettre un sinapisme qui est encore plus efficace, à la condition que le malade puisse l'endurer au moins cinq minutes. Souvent les vomissements très rebelles ont cédé à un sinapisme, quand tous les autres moyens ont échoué.

Si tous ces moyens restent stériles, la cocaïne se montrera d'une puissance souveraine. Je la formule de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne................	0g,15
Eau..........................	60 ,00
Sirop diacode........................	20 ,00
Eau de fleurs d'oranger................	20 ,00

Toutes les deux minutes, une cuillerée à café.

Les vomissements sont, dans la grande majorité des cas, arrêtés après l'ingestion de quatre à six cuillerées. Cependant il serait imprudent de dépasser cette dose, et il faut en user le plus rarement possible avec les enfants.

Telles sont les interventions, pour combattre les vomissements non accompagnés de gastralgie, que j'ai mentionnées plus haut. Pour combattre la gastralgie, j'ai renoncé à l'opium, pour les raisons suivantes : très souvent, l'accès de fièvre intermittente est accompagné de constipation ; nous aurons à purger le malade, et l'opium augmente la constipation. Les moyens les plus appropriés sont les cataplasmes sinapisés, gardés pendant cinq minutes; après on enduit le ventre avec de l'huile chloroformée, et on le recouvre avec une flanelle. Quelques cuillerées d'eau chloroformée administrées à l'intérieur complètent le traitement.

En général, tous ces phénomènes cèdent aux moyens indiqués, et le malade entre dans le deuxième stade, celui de chaleur. Peu à peu, le frisson perd de sa violence, le patient sent des bouffées de chaleur lui monter à la figure, la

température s'élève très rapidement, elle atteint en une demi-heure 39 degrés, 40 degrés.

La peau est sèche, le pouls rapide, plein ; la soif dévore le malade ; les violents maux de tête ne lui laissent pas de repos.

La durée de ce stade est variable ; quelquefois elle n'est que de deux heures, et il y a des cas où elle se prolonge jusqu'à huit, dix, douze heures. Rien de spécial au point de vue thérapeutique pendant la durée de la chaleur. On administre des tisanes, de l'eau de Seltz par petites gorgées. C'est aussi le moment d'administrer les purgatifs, leur choix n'est pas sans difficulté, attendu qu'ils inspirent aux malades de la répugnance qui peut réveiller les vomissements. Les capsules d'huile de ricin me paraissent les mieux appropriées.

Il faut que je rapporte ici une recette pour administrer l'huile de ricin en lui enlevant son goût détestable. Je l'ai empruntée aux Arabes, et elle m'a toujours paru fort commode.

Dans un verre de lait, on verse de 15 à 20 grammes d'huile de ricin, et l'on chauffe le tout, en remuant avec une cuiller. Au bout de quelques minutes, on obtient une émulsion parfaite ; on l'édulcore avec du sirop de fleurs d'oranger. J'ai remarqué aussi que l'huile de ricin administrée de cette façon agit en dose moindre qu'administrée pure. Ainsi 15 à 20 grammes suffisent toujours pour purger un adulte.

Si la température n'est pas très élevée, c'est-à-dire si elle ne dépasse pas 38 à 39 degrés, et si en même temps les douleurs de tête ne sont pas très violentes, on peut se contenter de l'expectative, mais dans le cas contraire, il faut activer la sudation et soulager les maux de tête.

Le salicylate de soude et l'antipyrine sont d'excellents sudorifiques, et chaque fois que l'état des reins ne s'oppose

pas à l'emploi de ce premier médicament, il faut en user. La préparation suivante me paraît assez bonne :

Salicylate de soude...........	ãa	2 grammes.
Antipyrine..................		
Liqueur anisée ammoniacale....	6	—
Sirop simple..................	30	—
Eau de fleurs d'oranger.........	20	—
Eau.........................	110	—

Toutes les heures, une cuillerée à soupe pour les adultes, une cuillerée à café pour les enfants jusqu'à l'âge de trois ans, et une cuillerée à dessert pour l'âge au-dessus.

Après un temps variable, la transpiration apparaît; graduellement elle devient de plus en plus intense, et le troisième stade s'établit, stade de suéur, qui peut être considéré comme la terminaison de l'accès, et qui ne comporte aucune thérapeutique.

Tels sont les phénomènes et la thérapeutique d'un accès d'une fièvre intermittente normale sans complication.

Nous abordons maintenant le traitement quinique, le vrai traitement curatif.

Comme dans cet article nous poursuivons un but essentiellement pratique, celui de tracer au praticien une ligne de conduite méthodique en présence des différentes manifestations du paludisme, nous serons sobres vis-à-vis certains agents thérapeutiques qui étaient proposés ces derniers temps pour guérir la fièvre. Nous ne nous arrêterons que sur ceux dont l'efficacité était prouvée par la clinique, et déjà nous sommes obligés de dire qu'en dehors des sels de cinchonine, les autres ont donné des résultats fort incomplets, et dans des cas favorables, sujets à caution.

La quinine, jusqu'à nouvel ordre, est le seul spécifique du paludisme, et nous commençons par exposer la valeur des différents sels de cet alcaloïde.

Pour apprécier la valeur thérapeutique d'un sel de quinine,

nous avons à envisager deux facteurs : la richesse en prin-
cipes actifs et sa solubilité. Le sel de quinine le plus usité
principalement en France, est le sulfate. Sa richesse en qu
nine est de 74,50 pour 100 ; il est peu soluble dans l'ea
neutre, et cède sur tous les points au chlorhydrate qui e
plus riche en quinine (81,60 pour 100), et parfaitement s
luble. Il faut donc adopter le chlorhydrate de quinine u
fois pour toutes. Évidemment, nous ne nous bornero
pas à cette combinaison, dans tous les cas indistincteme
mais chaque fois où nous ne viserons que le traitem
exclusivement quinique, nous emploierons le chlorhydra
Il y a une grande divergence d'opinion quand il faut s'
tendre sur l'action physiologique de la quinine.

En ce qui concerne la circulation, les uns admettent q
y a une diminution de la pression artérielle, d'autres,
contraire, ont trouvé que la pression artérielle augmente
que, par conséquent, la quinine serait un tonique du cœ u
L'accord n'est pas plus parfait vis-à-vis du système nerv u:
La quinine abolirait les fonctions de sensibilité et de mo tr
cité d'après les uns, elle les exciterait, d'après les autres
Cette différence dans les résultats obtenus par les expéri
mentateurs, s'explique par la différence des doses. En effet,
en petite quantité, la quinine augmente la pression, elle est
un tonique du cœur, et à des doses élevées, elle le déprime.
De même pour le système nerveux. D'ailleurs il ne faut pas
oublier que l'organisme malade se comporte différemment
vis-à-vis certaines substances médicamenteuses, que l'orga-
nisme bien portant.

Il est quelquefois d'une tolérance surprenante et supporte
des doses qui, dans l'état normal, seraient toxiques.

Tel l'opium dans la péritonite, telle la digitale dans la
pneumonie, et telle la quinine dans la malaria.

Si nous n'envisagions que son action physiologique sur
l'organisme normal, sa posologie serait tout autre. Si, par

exemple, dans un cas de fièvre pernicieuse, où le travail du cœur est fortement diminué, nous ne cherchions qu'à utiliser l'action tonique de la quinine, il nous faudrait employer une dose ne dépassant pas 1 gramme, et le résultat en serait désastreux. C'est, au contraire, des doses dépassant souvent 4 et 5 grammes (doses déprimantes au point de vue physiologique) qui réussiront à préserver le malade d'une mort imminente.

La quinine agit dans la cure des fièvres palustres, non en vertu de ses propriétés physiologiques, c'est un spécifique, et sa posologie se base sur l'expérience. Comment agit la quinine dans sa cure du paludisme? Avant que la découverte de Laveran ait été admise par la majorité des médecins, on expliquait les effets de la quinine par son action sur le système nerveux. Nous sommes en présence de deux opinions, celle de Briquet et celle de Pidoux. D'après la première, la quinine annihile les fonctions du système nerveux et empêche la production de l'accès ; l'autre n'envisageant que les propriétés toniques de la quinine, veut qu'en tonifiant le système nerveux elle empêche ce dernier de faiblir sous l'action du miasme palustre.

Ces théories, qui se basent uniquement sur l'action physiologique de la quinine sur le système nerveux, sont loin d'être exactes. Certes, sous l'influence du paludisme, le système nerveux est fortement atteint; il semble même qu'il entre en état d'éréthisme, qu'il réagit très violemment pour s'épuiser vite. Mais la maladie ne consiste pas seulement dans le phénomène fièvre ; cette dernière n'est qu'une manifestation extérieure caractéristique dans la modalité de fièvre intermittente. A côté de cette manifestation, il y a d'autres lésions réparables par la quinine. Nous avons vu que c'est le sang qui est modifié profondément dans ses éléments essentiels et que la fièvre, somme toute, n'est qu'un épiphénomène résultant d'une atteinte subie par le sang.

Il faut donc admettre que la quinine agit directement su la cause même de la maladie. Il reste à élucider si cette ac tion se porte directement sur le parasite lui-même, ou s elle neutralise le produit de sécrétion de ce dernier, et leu empêche ainsi d'exercer leur action nocive.

Il n'est guère improbable que les deux modes d'actio soient vrais.

Après ces préliminaires, revenons au mode d'administra tion de la quinine. L'expérience nous a prouvé que le meil leur moment est immédiatement après la terminaison d l'accès, une heure à peu près après le stade de sueur. Nou l'administrons en un cachet de 1 gramme à 1g, 50, ou e potion, et toujours le chlorhydrate.

Dans les cas de fièvre intermittente, les doses massive nous ont paru préférables aux doses fractionnées. Mai comme il est difficile de faire admettre aux malades une p tion d'une amertume extrême, nous nous servons de cache médicamenteux. Chez les adultes, la dose n'est jamais inf rieure à 1 gramme de chlorhydrate de quinine qu'on répè tous les jours une heure après la terminaison de l'accès. A bout de quelque temps, quand les accès cessent de se repr duire, on doit diminuer la dose, et pendant trois jours, o administre 75 centigrammes à la même heure; les autr trois jours, on diminue la dose quotidienne de 50 cent grammes, et ainsi de suite pour cesser l'administration d médicament. Il ne faut jamais arrêter brusquement le tra tement quinique sous peine de voir les accès se reproduir

Dans un pays à malaria, on ne peut jamais considér comme guérie une personne qui, à la suite d'un traitemen a vu ses accès de fièvre s'arrêter. Les accès de fièvre o laissé trace de leur passage, c'est la rate qui est augment de volume, c'est l'estomac dont les fonctions sont altéré La digestion est difficile, l'appétit est languissant, et général tout l'organisme est frappé par une anémie rés

tant de la spoliation du sang. Cet état est d'autant plus fâcheux que l'organisme débilité résistera d'autant moins bien à de nouvelles attaques de l'agent de la fièvre.

Il incombe donc au praticien de mettre en mouvement un ensemble de moyens thérapeutiques appropriés. La grosse rate est une des affections les plus constantes à la suite du paludisme. Elle augmente avec une rapidité surprenante et il n'est pas rare de voir des rates remplir tout le ventre. La grosse rate n'est pas, en elle-même, une affection grave; mais laissée sans traitement, elle n'a pas de tendance à diminuer et chaque nouvelle attaque de fièvre en augmentant son volume, elle finit par acquérir des dimensions réellement surprenantes. Une rate très grosse pèse sur les intestins, gêne la circulation et la respiration, et rend les malheureux affectés de cette infirmité impropres à un effort physique prolongé.

C'est encore la quinine qui est l'agent principal dans le traitement des rates hypertrophiées. Mais ce traitement doit être prolongé, régulier. Il ne s'agit pas de faire pénétrer dans l'organisme une dose massive de quinine, comme nous avons procédé dans le traitement des accès; il faut tenir l'organisme sous l'action lente et continue de la quinine.

On peut la donner en pilules.

Quinine (chlorhydrate)........	} ãa	2 grammes.
Extrait mou de quinquina......		

F. S. A. — Pour vingt pilules.

Trois pilules par jour, matin, midi et soir.

La potion suivante peut être utilisée avec avantage :

Quinine (chlorhydrate).........		2	grammes.
Teinture de quassia amara.....	} ãa	4	—
Teinture de quinquina........			
Liqueur de Fowler.............		2	—
Sirop de fleurs d'oranger........		40	—
Eau.........................		150	—

Deux cuillerées à soupe par jour avant les repas.

Si l'hypertrophie de la rate est de longue date, il est utile de faire prendre au malade de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Parallèlement avec ce traitement interne, il faut instituer un traitement hydrothérapique local pour la rate, et général pour combattre l'anémie.

Voilà comment il faut procéder dans les cas où l'on n'a pas sous la main une installation d'hydrothérapie. Le malade déshabillé est étendu sur le dos; on prend un arrosoir d'une contenance de 5 à 8 litres rempli d'eau froide, et l'on en verse le contenu d'un certaine hauteur sur la région malade. Après cette douche locale, on frotte vigoureusement la rate en la malaxant, pour ainsi dire, pendant cinq minutes.

A la suite de ce traitement combiné, les rates diminuent de volume; mais il faut beaucoup de persévérance, et de la part du médecin et de la part du malade.

La douche froide, ayant pour but de combattre l'anémie consécutive, n'a rien de spécial dans son application. Il faut seulement être prévenu que, quelquefois, à la suite d'une douche froide, l'accès de fièvre peut réapparaître.

Dans ce cas, il faut cesser l'hydrothérapie pour reprendre le traitement des accès et recommencer les douches après plus tard.

Il ne faut pas négliger le traitement par les douches, qui ont une très grande efficacité, si on les administre intelligemment. Les premières douches doivent être de très courte durée, dix secondes suffisent; aussitôt après la douche, on frictionne tout le corps avec une flanelle et l'on exige une petite promenade à pied ou à cheval,

Les effets de ce traitement se font sentir bien vite; l'appétit revient, la digestion se régularise et l'anémie disparaît. Ces moyens, appliqués avec persévérance, guériront sûrement les fièvres les plus invétérées, à la condition que cure ait lieu en dehors du foyer paludique. Malheureus

ment, nous devons toujours compter avec les récidives là où la fièvre est endémique, et, à vrai dire, ce ne sont pas même des récidives, ce sont plutôt des cas de réinfection. Dans la grande majorité des cas, les habitants des ports ne peuvent guère se conformer aux règles sévères qui les mettraient à l'abri de l'infection, et il ne faut pas oublier qu'une attaque de malaria prédispose singulièrement à de nouvelles attaques. Je ne sais pas jusqu'à quel point est vraie l'assertion que les noirs, dans leur pays d'origine, sont réfractaires au mal. En tout cas, cette thèse serait fausse pour les aborigènes de la Syrie, où la fièvre règne sur toute l'étendue du pays et acquiert une très grande violence sur la côte. Les habitants sont très exposés à la fièvre, et les cas de fièvre pernicieuse sont plus fréquents parmi eux que parmi les nouveaux arrivants. Sans doute il faut attribuer cela à une grande pauvreté, au manque absolu d'hygiène privée et publique. Mais le même phénomène s'observe parmi les Européens. On résiste à la malaria pendant un certain temps, quelquefois un an, deux ans, et l'on finit fatalement par prendre la maladie. Une fois en possession du mal, on ne s'en débarrasse jamais. Les attaques se suivent et il arrive un moment où le changement de climat s'impose.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. ALBERT ROBIN.

Traitement de la dyspepsie causée par gastrite chronique.

L'une des bases du traitement des maladies de l'estomac est la connaissance de la composition du suc gastrique et, par suite, du fonctionnement morbide de l'estomac. Autant

de malades, autant de chimismes différents, au moins p
un ou deux détails; aussi est-il paradoxal de vouloir déte
miner, une fois pour toutes, le formulaire des affectio
dyspeptiques. Il est donc sage d'esquisser seulement le tra
tement, à propos de chaque cas particulier, en tenant su
cessivement compte des indications spéciales au malac
qu'on examine.

I. *Constipation.* — Un malade atteint de gastrite chr
nique digère mal par l'estomac, aussi le plus souvent voi
on l'intestin suppléer à la digestion gastrique; il est doi
capital de surveiller avant tout la fonction intestinale et
prévenir la constipation; pour cela, indiquer les laxati
dès que les garde-robes retardent.

On se trouvera bien d'administrer les pilules laxativ
suivantes :

PILULES LAXATIVES.

Poudre d'aloès socotrin		2g,00
Jalap	ãã	1 ,00
Turbith végétal		
Scammonée		
Savon médicinal		
Extrait de belladone	ãã	0g,15
Extrait de jusquiame		

Pour 25 pilules. Prendre une pilule le soir, ou une le ma
et une le soir.

II. *Anorexie.* — L'appétit est faible ou nul; on doit do
toujours l'exciter par les préparations amères bien connue
entre autres la *macération de quassia amara;* mais, comn
beaucoup de malades supportent mal les amers et en éprou
vent un dégoût fâcheux, on peut remplacer la macération e
administrant, dix minutes avant le repas, un *granule de qua
sine cristallisée* au milligramme.

III. *Douleur.* — L'intolérance gastrique étant souve
grande, on prévient la pesanteur provoquée par l'inge

tion des aliments, et l'on stimule ce qui reste de glandes dans l'estomac, en faisant prendre au malade une cuillerée à soupe de la décoction suivante :

Condurango en poudre..........	15 grammes.
Eau..........................	250 —

Faire bouillir et réduire par ébullition à 150 grammes.

IV. *Apepsie.* — Le plus souvent, la *pepsine* est en défaut dans le suc gastrique, quoi qu'en disent les auteurs ; aussi peut-on avec avantage administrer, après le repas, un verre à liqueur d'une préparation alcoolique ou vineuse quelconque à base de pepsine, en y ajoutant 5 à 6 gouttes du mélange suivant, pour exciter la fonction :

Teinture de badiane............	āā 6 grammes.
— de fève de Saint-Ignace..	
— d'ipéca.................	1 —

Toujours indiquer le repos pendant une heure environ, après le repas.

V. *Régime.* — La connaissance de l'état exact du chimisme stomacal est nécessaire pour l'établissement d'un régime car, sans cette notion, on court le risque de faire fausse route.

On use beaucoup du régime lacté dans les maladies de l'estomac ; or, le lait ne convient vraiment qu'aux dyspeptiques hypersthéniques avec hyperchlorhydrie, sans fermentations vicieuses.

Donc, si le titre d'acide chlorhydrique est trop élevé (la moyenne est de 25 à 75 centigrammes par litre), le régime féculent et lacté est excellent ; la ration de viande doit être faible ou même supprimée.

Si le dyspeptique est en état d'hypochlorhydrie, et c'est le cas dans la gastrite chronique, il souffre presque toujours de fermentations lactique ou butyrique avec ou sans vomissements ; dans ce cas, on supprime le lait et l'on se tient au

régime féculent, et à la viande crue pulpée en petite qu: tité, tout en instituant en outre le traitement suivant.

VI. *Vomissements aigres.* — Ces vomissements, toujo: très pénibles, affectent beaucoup les malades qui en s(atteints et troublent naturellement leur nutrition; il y donc intérêt à les guérir rapidement. Quelle que soit l'aff(tion qu'ils accompagnent, l'origine de ces vomissements trouve principalement dans les fermentations lactique, b tyrique ou même acétique, qui se produisent souvent da les troubles fonctionnels comme dans les états organique dyspepsies diverses, gastralgie et surtout cancer de l'estoma

L'antisepsie stomacale par le naphtol et ses synergiqu n'amène aucun résultat, car elle entrave l'action de la pe sine si les médicaments sont donnés à dose suffisante po arrêter les fermentations.

La digestion normale par la pepsine se fait à l'aide de f(ments solubles; au contraire, les fermentations qu'on ve entraver se font à l'aide d'un ferment figuré (vibrions la tique, ou butyrique, ou acétique); il faut donc administr au malade un antifermentescible incapable d'agir sur l ferments solubles et qui respecte l'action peptique.

Or, d'après les travaux récents, déjà appliqués dans l'i dustrie, les *fluorures* sont les médicaments les plus act pour arrêter la fermentation lactique et cela à dose infi: ment faible. Aussi ai-je eu l'idée de les appliquer à la tł rapeutique des fermentations gastriques.

On administrera donc au malade une cuillerée à sou} après chaque repas, de la solution suivante :

Eau..........................	500 grammes.
Fluorure d'ammonium...........	1 —

(Cette médication a pu, chez un malade qui fabriquait u grande quantité d'acide lactique, abaisser le titre de 2 1,7 par litre.)

Outre cette médication, il faut essayer de saturer l'acide lactique produit, et pour cela administrer au malade, dès qu'il commence à éprouver le sentiment de nausée ou de pyrosis, un des paquets suivants délayé dans un peu d'eau :

Magnésie calcinée	1 g,20
Chlorhydrate de morphine	0 ,002
Bicarbonate de soude	1 ,00
Lactose	0 ,50
Sous-nitrate de bismuth	0 ,50

Cette médication donne généralement de bons résultats contre les vomissements dus aux fermentations vicieuses.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des enfants.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né. — Le quinquina chez les enfants. — Traitement de la chorée. — La quinine chez les enfants. — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né (Clinique du professeur Pinard, in *Gazette médicale de Paris*, 23 mars 1895). — Le professeur Pinard, dans une clinique à la Maternité de Baudeloque, à propos d'une observation intéressante d'un enfant né en état de mort apparente, expose la conduite à tenir dans de pareils cas. Il indique tout d'abord la désobstruction des voies respiratoires, par l'introduction d'un doigt dans la bouche, pour la débarrasser des mucosités qui s'y trouvent et empêchent la respiration de s'exercer librement, la stimulation par les frictions de la colonne vertébrale, les flagellations peuvent provoquer des ecchymoses et l'emploi des linges trop chauds des brûlures, et l'on ne saurait prendre trop de précautions.

Si ces moyens simples ne suffisent pas, on aura recours à l'in-

sufflation par le tube de Ribemont. Le professeur Pinard n' pas partisan de l'insufflation de bouche à bouche, l'air pénétr souvent dans l'estomac au lieu de passer dans les voies respi toires, ou pouvant être dangereux en produisant de l'emphysèr et par suite de la rupture des vésicules pulmonaires.

Le procédé de M. Laborde, tractions rythmées de la langu ne lui a pas donné d'aussi bons résultats que l'insufflation l'aide du tube de M. Ribemont, qui pour lui est le meilleur pr cédé, à la condition de pratiquer l'insufflation lentement et sar faire d'efforts.

Le quinquina chez les enfants (D[r] Comby, *Médecine m derne*, 17 mars 1895, n° 25). — L'auteur fait une étude des di férentes préparations de quinquinas employées, et montre que champ de ses applications dans l'enfance est assez restreint.

Dans la première enfance, surtout chez les nouveau-nés, ch les enfants à la mamelle, avant et même après le sevrage, il faut pas songer au quinquina.

Il est, non seulement nuisible dans la première enfance, ma c'est surtout à l'âge de dix à quinze ans que les enfants sont su tout exposés à de véritables débauches de vin de quinquina, qu comme l'a montré M. J. Simon, par son alcool, par ses sels, e irritant pour l'estomac, provoque des troubles dyspeptiques nerveux : anorexie, pyrosis, vertiges, céphalée, insomnie, etc.

Il faut donc être très réservé dans l'administration du vin quinquina chez les enfants, et s'en abstenir chez tous ceux q sont trop jeunes ou trop nerveux, trop excitables, ou pourv d'un mauvais estomac.

Moment de l'ingestion. — Jamais à jeun, avant le repas, ma pendant ou après (après le potage, au dessert). Sous le bénéfi de ces contre-indications et de ces réserves, les préparations quinquina conviennent aux enfants délicats, anémiques, ato ques, cachectiques, paludiques, aux hémophiliques, aux rhum tisants, asthmatiques, migraineux, et qui sont atteints de maladi

nfectieuses adynamiques (fièvre typhoïde, pneumonie, broncho-neumonie, etc.).

Mode d'administration et doses. — L'extrait de quinquina se rescrira en potion, à partir de l'âge de trois ou quatre ans, à la ose de 1 à 4 grammes en vingt-quatre heures :

Extrait de quinquina	2	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	20	—
Cognac	20	—
Eau distillée	60	—

Par cuillerées à potage de deux heures en deux heures.

Le vin de quinquina se donnera au milieu ou à la fin du repas, partir de six à sept ans, à la dose de 25 à 50 grammes par jour l cuillerée et demie à 3 cuillerées). Le sirop de quinquina servira édulcorer les potions des enfants du premier âge à la dose de 0 à 40 grammes :

Eau distillée	40	grammes.
Acétate d'ammoniaque	2	—
Rhum	10	—
Sirop de quinquina	20	—

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Dans la dyspepsie des anémiques, on donnera, après chaque repas, une pincée de la poudre suivante :

Poudre de quinquina jaune	ãã 10	grammes.
Craie préparée		
Rhubarbe	5	—
Sous-carbonate de fer	4	—

Ou bien vingt gouttes avant chaque repas de la mixture suivante dans un peu d'eau de camomille :

Teinture de quinquina	20	grammes.
— de gentiane	ãã 5	—
— de cascarille		
— de benjoin	2	—
— de noix vomique	1	—

Pour l'usage interne, en un mot, il faudra être très modéré chez les enfants, d'autant plus qu'ils seront plus jeunes.

Traitement de la chorée (W. Morain, in *Revue de médecir de chirurgie pratiques*, avril 1895). — Trois médications sont jourd'hui usitées dans le traitement de la chorée : les a spasmodiques et les hypnotiques; on a vanté le bromure de tassium, le chloral, l'extrait de valériane et l'oxyde de zinc.

Le *bromure de potassium*, surtout utile dans les cas de ch franchement hystérique, donne néanmoins quelques résul dans la chorée vulgaire; il faut le prescrire à la dose de 4 grammes par jour, suivant l'âge et l'intensité.

Le *chloral* a l'avantage de procurer le sommeil. On le donr à la dose de 1 gramme, 1g,50 ou 1g,75, dans du sirop et d gelée de groseilles.

L'*extrait de valériane* et l'*oxyde de zinc* peuvent être presc de la façon suivante :

Extrait de belladone	0g,20
Oxyde de zinc	1 ,00
Castoreum	2 ,00
Assa fœtida	āā 4 ,00
Extrait de valériane	

F. S. A. — Soixante pilules, 2 à 4 par jour.

Ou bien :

Valérianate de zinc	āā 5 grammes
Extrait de jusquiame	
Sous-nitrate de bismuth	

F. S. A. — Trente pilules, 3 à 6 par jour.

L'*arsenic* est un médicament très efficace, mais qu'on d ordonner à haute dose. On emploie, soit la liqueur de Fowl soit une solution d'arséniate de soude dans l'eau; il faut ai ver rapidement à donner par jour 1 centigramme d'arséniate soude et ne pas craindre même de dépasser cette dose.

L'*antipyrine* donne aussi d'excellents résultats; il faut égε ment l'administrer à haute dose. On peut en donner d'emb 2 à 3 grammes chez un enfant de cinq ans. M. Jules Simon don

le premier jour, 1g,50 aux repas, en 3 cachets de 50 centigrammes chacun. Il augmente ensuite la dose les jours suivants, de manière à atteindre 4 grammes en vingt-quatre heures, et continue la même dose jusqu'à disparition à peu près complète des mouvements choréiques.

Au lieu de donner l'antipyrine en cachets, on peut prescrire :

Antipyrine.................	2 à 4	grammes.
Julep gommeux................	120	—

Une cuillerée à soupe de deux heures en deux heures.

Les divers toniques (*fer*, *quinquina*) sont des adjuvants utiles ; il en est de même du repos et du séjour à la campagne.

En outre, certains *agents physiques* sont utiles pour favoriser l'action des médicaments : l'hydrothérapie, l'électricité, le massage, la gymnastique.

L'*hydrothérapie* n'est contre-indiquée que s'il existe des complications cardiaques. On emploie de préférence la douche froide très courte (15 secondes) en jet le long de la colonne vertébrale, et en pluie sur les épaules. Joffroy préfère l'enveloppement dans le drap mouillé. Le malade est placé, matin et soir, dans un drap trempé dans l'eau à 10 degrés environ ; on le frictionne énergiquement, puis on entoure le drap mouillé d'une couverture et on reporte le malade dans son lit, où on le laisse vingt-cinq à trente minutes. A défaut d'eau froide, recommander les bains sulfureux prolongés (trois par semaine).

La *gymnastique* cadencée et rythmée est très utile.

Le *massage* peut être employé concurremment.

L'*électricité* a peu d'action ; on peut néanmoins essayer le courant continu (courant ascendant du sacrum à la nuque pendant huit à dix minutes, avec 6 à 10 milliampères).

Le traitement doit varier suivant la forme et l'intensité de la maladie.

Dans les chorées légères, se borner à prescrire le repos, le changement d'air, quelques douches et la gymnastique.

Dans les chorées de moyenne intensité, prescrire soit l'arsen soit l'antipyrine, en outre des moyens précédents.

Dans les formes graves, avoir recours aux hypnotiques et particulier au chloral, en y joignant l'enveloppement dans le dr mouillé.

Dans les cas rebelles, on recommandera un traitement therm à Néris, Bagnères-de-Bigorre ou Bourbon-Lancy.

La quinine chez les enfants (Dr J. Comby, in *Médecine mo derne*, 17 avril 1895, n° 31). — Le docteur Comby, médecin d l'hôpital Trousseau, dans son article, étudie la quinine au poir de vue physiologique, pharmaceutique et thérapeutique; voic d'après l'auteur, quels en sont les indications et les modes d'ac ministration chez les enfants :

Indications. — Dans toutes les manifestations aiguës ou chro niques du paludisme endémique avéré; dans les manifestatior douteuses, suspectes, sporadiques, qu'on observe parfois en dehor des pays à malaria. Tous les accès fébriles, les maladies général fébriles, la grippe, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulair aigu, les fièvres éruptives, les septicémies diverses intermittente ou non, relèvent de la quinine : maladies de l'appareil respira toire, broncho-pneumonies, pneumonies, tuberculose fébril fièvre hectique des tuberculeux, hémoptisies; maladies infectieus qui atteignent le cœur, le péricarde, le cerveau et ses enveloppe l'appareil digestif et ses annexes, diarrhées chroniques et dysen tériques, asthme vrai ou symptomatique, arthritisme, diathès héréditaires (diabète, obésité, migraine, goutte, etc.).

Elle fait merveille dans les névralgies faciales et névrose dans le vertige de Menière, l'anémie et la chlorose, dans les épi taxis, dans l'hémoglobinurie paroxystique. Les contre-indicatio se réduisent à peu de chose : estomac intolérant, rein malad Dans ce cas, on donnera la quinine à faible dose et l'on préfére la voie endermique. On s'arrêtera devant les intolérances sp ciales, les idiosyncrasies bien accusées : troubles nerveux, c

phalée, délire, insomnie, éruptions, ivresse quinique. Les doses fortes, quand elles sont indiquées, sont bien supportées chez l'enfant.

Mode d'administration et doses. — Trousseau préconisait la quinine brute à cause de son insipidité :

Quinine brute	0g,25
Sucre en poudre........................	0 ,50

Pour un paquet. A prendre 1 ou 2 par jour pour un enfant de deux à cinq ans.

On délaye dans une cuillerée d'eau, de sirop ou de lait.

Aujourd'hui on donne les sels de quinine de préférence à la quinine brute.

L'ingestion chez les enfants est d'autant plus difficile qu'ils sont plus jeunes. On peut cependant masquer l'amertume du sulfate de quinine et des autres sels en les enrobant dans de la confiture, du miel, de la pomme cuite, du sirop d'écorces d'oranges amères, du sirop de Tolu, de la glycérine, etc. On a conseillé aussi le café sucré qui fait bien accepter la quinine par la plupart des bébés; mais cette infusion précipite du tannate de quinine, ce qui oblige de doubler la dose du médicament.

Le docteur Créquy a trouvé que le jus de réglisse masquait bien l'amertume de la quinine.

On peut se servir aussi de l'extrait de réglisse et prescrire :

Eau distillée..........................	40g,00
Extrait de réglisse.....................	3 ,00
Bichlorhydrate de quinine..............	0 ,30

Pour un enfant de quatre à six ans, qui ne fera pas de difficultés pour avaler le tout en une fois. Quand les enfants sont grands (huit ans, dix ans et au-dessus), ils pourront avaler des pilules, des cachets, des perles ou des capsules de quinine. On pourra prescrire alors :

Sulfate de quinine.....................	0g,10
Extrait de quinquina....................	0 ,10

Pour une pilule. En prendre suivant les cas, 1, 2, 3 par j davantage.

Sulfate de quinine	0g,20

Dans un cachet que l'enfant avalera avec un peu d'eau.
En potion, on formulera :

Sulfate de quinine	0g,25
Eau de Rabel. Q. S. (le moins possible).	
Sirop tartrique	20 ,00
Eau	40 ,00

A prendre en deux ou trois gorgées (enfants de c six ans).

On peut encore faire un sirop de sulfate de quinine composé :

Sulfate de quinine	0g,50
Sirop simple	95 ,00
Eau distillée	4 ,00
Acide sulfurique au dixième	0 ,50

On mettra 40 à 60 grammes dans une potion.

En employant le chlorhydrate neutre, on pourra faire un plus riche en quinine, et contenant 20 à 30 centigramm cuillerée à soupe.

A ces potions usitées dans la seconde enfance, on pourra aj pour faire tolérer la quinine, une petite quantité de sirop di ou de sirop de codéïne (5 à 10 grammes). En lavement, or donner le sulfate de quinine à la même dose que par la bo en acidifiant la solution et en ajoutant une goutte de lauda

Sulfate de quinine	0g,25
Eau de Rabel	Q. S.
Infusion de camomille tiède	100g,00
Laudanum de Sydenham	1 goutte.

Pour un lavement que l'enfant devra garder. On fera pr ce lavement médicamenteux d'un grand lavement évacuateu

Au lavement, préférer le suppositoire au beurre de cacao creux :

Beurre de cacao	2g,00
Sel de quinine	0 ,20

Pour un suppositoire.

On a proposé les frictions cutanées avec une pommade contenant 10 ou 20 pour 100 de sel quinique ; cette méthode ne livre que très peu d'alcaloïde à l'absorption, et encore chez les enfants très jeunes. Au-dessous de deux ans, on prescrirait :

Axonge fraîche	20 grammes.
Sulfate de quinine	4 —
Eau de Rabel	Q. S.

Faire, matin et soir, des frictions sous les aisselles.

En employant un sel soluble, comme le chlorhydrosulfate, on favorise l'absorption cutanée et l'on peut retrouver la quinine dans les urines du bébé.

Quand on veut faire des injections sous-cutanées avec le sulfate de quinine, on est obligé d'acidifier la liqueur, ce qui la rend irritante. Il faut mieux employer le bichlorhydrate de quinine ou le chlorhydrosulfate. On prescrit alors :

Bichlorhydrate ou chlorhydrosulfate de quinine..	5 grammes.
Eau distillée	Q. S. pour 10 centimètres cubes.

Chaque seringue de Pravaz contient 50 centigrammes de sel de quinine. On injectera un quart de seringue ou une demi-seringue matin et soir suivant l'âge de l'enfant (au-dessous ou au-dessus de trois ans).

On peut se servir du chlorhydrate basique en l'associant à l'antipyrine comme l'a fait Laveran :

Chlorhydrate basique de quinine	3 grammes.
Antipyrine	2 —
Eau distillée	6 —

Chez les enfants très jeunes, quand l'indication est formelle, il

y a tout avantage à choisir la voie hypodermique. Dans son se vice, le docteur Comby se sert d'une solution de chlorhydrate (quinine dosée à 25 centigrammes par centimètre cube.

Au-dessous d'un an, une demi-seringue de Pravaz; au-dess d'un an, deux demi-seringues par jour; au-dessus de deux an l'auteur n'hésite pas, dans les cas de broncho-pneumonie hype thermique, à faire deux injections entières par vingt-quat heures. Dans les cas ordinaires, on peut donner 10 centigramm de quinine par année d'âge. S'il y a urgence, il faut doubl la dose.

Pour obtenir un effet prompt, il faut avoir soin de ne pas fra tionner les doses. Dans les pays à malaria, chez les enfants ; sein, on peut utiliser la voie indirecte fournie par la nourric la quinine passe dans le lait.

En résumé, les sels de quinine jouent un grand rôle en méde cine infantile; ils sont très bien supportés par les enfants de tou âge, ne provoquent presque jamais chez eux les phénomènes pé nibles observés chez les adultes (tintements, surdité, céphalée gastralgie, etc.), et peuvent être donnés sans inconvénients à trè haute dose. Chez les petits enfants, le meilleur mode d'administration est la voie hypodermique.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants (Dr Marfan, in *Tribune médicale*, avril 1895). — Le docteur Marfan, dans une clinique faite à l'hôpital des Enfants malades sur la fièvre typhoïde chez les enfants, formule ainsi le traitement :

Le traitement de toute fièvre typhoïde doit comprendre trois ordres de prescription : 1° les prescriptions concernant le régime alimentaire ; 2° celles qui concernent le traitement de l'infection réalisée ; 3° celles qui ont pour but de prévenir les infections secondaires, origines si fréquentes d'accidents graves.

I. Pour l'alimentation, il faut éviter deux écueils : une diète excessive qui entraînerait l'inanition, une alimentation trop abon-

dante qui pourrait être une cause d'irritation pour l'intestin et une source de putréfaction. On donnera aux enfants du second âge du lait, du bouillon, des potages légers, de la décoction d'orge sucrée avec du miel, de la limonade vineuse. Il ne faut pas oublier qu'il est bon de faire boire souvent, surabondamment, systématiquement les typhoïdiques, pour favoriser la diurèse et l'élimination des toxines.

Pour les nourrissons, l'allaitement sera diminué de moitié, et l'on donnera à boire de l'eau bouillie ou de la décoction d'orge un peu sucrée.

II. Le traitement de l'infection typhique doit varier avec les trois formes que j'ai décrites : fièvre typhoïde légère et fièvre typhoïde grave de la seconde enfance ; fièvre typhoïde des nourrissons.

a). Dans la fièvre typhoïde légère des enfants du second âge, particulièrement dans la forme rémittente, je me borne aux prescriptions suivantes :

1° Deux fois par jour, un mélange à parties égales de sulfate de quinine et de benzonaphtol ou de bétol, à des doses qui varient suivant l'âge de l'enfant (pour un enfant de six ans, 40 centigrammes de chacun en vingt-quatre heures) ;

2° Tous les deux jours, 10 à 15 grammes de citrate de magnésie ;

3° Tous les jours, un grand lavement avec de l'eau bouillie, froide.

b). Dans la forme grave des enfants du second âge, une question importante se pose dès le premier jour : faut-il employer la méthode des bains froids ?

Voici comment je décide la question :

Je donne, le premier jour, du chlorhydrate de quinine à doses élevées, 1 gramme à 1g,50 suivant l'âge ; je l'administre, suivant l'indication de M. Grancher, vers cinq ou six heures du soir, par fractions de 50 centigrammes toutes les demi-heures. Cette ma-

nière de faire donne parfois d'excellents résultats; elle proc aux enfants le sommeil si rare dans la fièvre typhoïde; elle les f sortir de leur stupeur et les rend éveillés, elle abaisse considé blement la température.

De deux choses l'une : ou le lendemain matin de cette admini tration de la quinine l'amélioration est notable, évidente, et alo je ne me décide pas pour la médication par les bains froids; ou l résultat est à peu près nul, et, dès lors, je mets tout de suite e œuvre la médication par les bains froids, et je la poursuis ju qu'au bout, à l'exclusion de tout autre médication, en suivan rigoureusement les préceptes de Brand qui s'appliquent aux en fants du second âge comme aux adultes.

Lorsque la médication par la quinine a donné un bon résultat on doit la poursuivre en y ajoutant un certain nombre d'adju vants. Tous les soirs, on administre le chlorhydrate de quinin comme je l'ai indiqué précédemment, si la température prise à 4 heures dépasse 39 degrés.

On donne deux fois par jour 20 centigrammes de benzonaphto ou de bétol. On administre tous les jours un lavement d'eau bouillie froide, et, tous les deux jours, 10 à 15 grammes de citrat de magnésie. Quand les selles sont très fétides, je supprime ce médicaments pour un jour et j'administre 5 centigrammes de ca lomel divisés en 5 paquets; chacun est pris à une heure d'in tervalle.

Contre les accidents méningitiques, on se trouvera bien d placer une ou deux sangsues sur une apophyse mastoïde. Quan les phénomènes thoraciques sont prédominants, qu'il reste de l dyspnée et de la cyanose, on couvrira le thorax de ventouse sèches.

c). Chez les nourrissons et les enfants du premier âge, en raiso de la gravité particulière de la fièvre typhoïde, je conseille d'em blée la médication par les bains froids.

Voici les règles qui devraient présider à l'administration d bains froids quand il s'agit de très jeunes enfants. Le bain do

être donné d'abord à 22 degrés et refroidi jusqu'à 20 degrés ; on le donne ensuite à 20 degrés et on le refroidit jusqu'à 18 degrés. Il ne doit guère durer plus de cinq minutes ; il faut retirer l'enfant dès qu'il commence à frissonner. Les bains froids peuvent provoquer de l'apnée ; dès qu'on s'aperçoit que le petit malade ne respire pas, il faut le retirer immédiatement, le frictionner et faire les tractions rythmées de la langue suivant les procédés de M. Laborde ; la respiration se rétablit ainsi facilement. Pendant le bain, on fait des affusions froides sur la tête. Après le bain, on enveloppe l'enfant dans une épaisse couverture de laine et l'on donne une boisson chaude. On prend la température rectale avant et après le bain ; si elle est au-dessous de 39 degrés, on prend la température de deux heures en deux heures, et lorsqu'elle arrive à dépasser 39 degrés, on baigne l'enfant de nouveau.

III. On doit nettoyer soigneusement la bouche, la gorge, les narines, les téguments, portes d'entrée principales des infections secondaires. Pour la bouche et la gorge, avec un stylet garni d'ouate et trempé dans une solution de borate de soude, additionnée d'une goutte d'essence de thym, en enlèvera, deux ou trois fois par jour, les dépôts pultacés des gencives, de la langue, des joues, on nettoiera les lèvres et la gorge. On mettra dans les fosses nasales quelques gouttes d'huile camphrée ou mentholée au vingtième. On devra surveiller l'état des téguments ; les écorchures, les érosions, seront pansées avec soin ; le stérosol phéniqué au centième rend de grands services à ce point de vue. Si l'on voit survenir des lésions pyodermiques qui se généralisent, on donnera un bain de sublimé. Je suis convaincu qu'on sauve la vie de beaucoup de malades, grâce à ces soins. Dans la fièvre typhoïde, il faut savoir employer les grands moyens, mais on ne fait de bonne thérapeutique qu'en ne négligeant pas les petits.

REVUE DES LIVRES

Nous vivons à une époque de production intense, et jamai tant en science qu'en littérature, il n'a été publié un si grar nombre d'ouvrages. Le lecteur finit donc par avoir de la peine à s reconnaître au milieu de cette multitude de livres qui lui sor annoncés de tous côtés.

Dans cette crise, l'article bibliographique, tel qu'il était com pris autrefois, a disparu. Jadis, en effet, un livre avait toujours un caractère original, et comme il en paraissait seulement un ou deux par an, il était facile, pour les journalistes, d'analyser soigneusement un livre consciencieusement élaboré par l'auteur.

Aujourd'hui, un grand nombre d'auteurs écrivent sur le même sujet, d'où multiplicité d'ouvrages similaires et rareté dans les côtés originaux des travaux. Il a donc fallu que les analyses cèdent le pas à l'annonce.

Nous pensons pourtant qu'il y a, pour les lecteurs d'un journal, grand avantage à être renseignés sur le mouvement scientifique de librairie, aussi comptons-nous donner dans le *Bulletin de thérapeutique* des revues bibliographiques régulières. Seulement, ces revues, pour être utiles, seront méthodiquement classées, c'est-à-dire qu'au lieu d'annoncer banalement, avec un compte rendu quelconque, qui sent trop souvent l'annonce, les ouvrages parus, au hasard de leur mise au jour, nous les grouperons en séries.

Chaque volume sera annoncé par quelques lignes de compte rendu, mettant en relief la caractéristique et l'originalité du livre s'il y a lieu. Si l'ouvrage a une réelle originalité et traite de choses nouvelles, il pourra faire l'objet d'un compte rendu d'une certaine importance afin de vulgariser les idées de l'auteur, si, au contraire, il réédite seulement des choses déjà connues ou déjà publiées, nous nous contenterons de l'annoncer.

D[r] G. B.

Pathologie interne.

TRAITÉS DE MÉDECINE :

1° à la librairie Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique, publié sous la direction de MM. Samuel BERNHEIM et Émile LAURENT. (Six volumes in-8°. Prix : 50 francs.)

Cet ouvrage diffère des traités de médecine déjà connus, en ce que les articles, rédigés par un très grand nombre de médecins français et étrangers, médecins des hôpitaux ou spécialistes, ont surtout un caractère de manuel. La rédaction est presque toujours impersonnelle, les auteurs s'étant attachés à mettre l'histoire des maladies au point du moment, aussi consciencieusement que possible. C'est donc un ouvrage à consulter, très au courant de la science, destiné surtout à l'étudiant et au praticien.

2° A la librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Traité de médecine et de thérapeutique publié par MM. BROUARDEL, GILBERT et GIRODE. Le premier volume seul est en vente, l'ouvrage formera dix gros volumes in-8° de 750 pages. (Prix de chaque volume : 12 francs.)

Plus volumineux et composé de plus de tomes que le précédent, le *Traité de médecine* entrepris par M. Brouardel représente, en raison de la personnalité des rédacteurs dont s'est entouré l'éminent doyen de l'École de médecine, une note plus documentée et plus originale, partant plus scientifique et moins élémentaire.

Le volume mis en vente traite des *maladies microbiennes ;* parmi les noms des collaborateurs, nous relevons ceux de MM. Girode (pathologie générale), Grancher (rougeole), Thoinot (grippe), Netter (dengue et rubéole), Landouzy (pneumococcie), Gilbert (colibacillose), Brouardel et Thoinot (fièvre typhoïde), etc.

Si le traité de la librairie Maloine représente l'enseignement d'aujourd'hui entré déjà dans la pratique, on peut dire que le nouveau traité de la librairie Baillière, en raison de la nouveauté des interprétations, représente la science de demain. Il convient donc surtout aux candidats à l'internat ou au bureau central et aux médecins qui travaillent.

3° A la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Neurasthénie sexuelle, par George BEARD, traduit de l'anglais par Paul Rodet, avec préface du professeur Raymond. Un volume in-8° de 200 pages. (Prix : 4 francs.)

Ouvrage très original et très instructif. L'auteur qui est, on le sait,

le père de la *neurasthénie* comme espèce morbide, a étudié d'une façon particulièrement attachante un des côtés multiples de la maladie à la mode. La neurasthénie, en effet, présente souvent une détermination sexuelle qui est une forme fréquente d'impuissance ou plutôt d'*épuisement* sexuel. Les déductions pratiques au point de vue de l'hygiène et la thérapeutique de ces phénomènes sont particulièrement bien traitées par Beard, et les médecins qui auront lu ce volume pourront certainement rendre de réels services à leurs malades, en même temps qu'ils auront acquis des notions nouvelles de grande valeur.

A la librairie Rueff, 106, boulevard Saint-Germain.

Les Dégénérés, par les docteurs MAGNAN et LEGRAIN. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Petit livre très ordonné et très clair, résumant l'état des connaissances actuelles sur une question fort grave, au point de vue social. Les auteurs prennent comme point de départ les idées de Morel sur le rôle de l'hérédité, et en déduisent une classification très intéressante des divers genres de dégénérescence.

Les Aortites, par le docteur BUREAU. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Pathologie externe.

A la librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Chirurgie de Pierre Franco, de Turriers, en Provence, composée en 1561, nouvelle édition avec une introduction historique, une biographie et l'histoire du *Collège de chirurgie*, par le docteur E. NICAISE, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Laennec. (Un volume grand in-8° de 382-CLXIV pages, 42 figures. Prix : 20 francs ; Félix Alcan, éditeur.)

Cet ouvrage sur l'histoire de la chirurgie fait le plus grand honneur à l'auteur et à l'éditeur, qui n'ont rien négligé pour présenter avec luxe l'œuvre de l'un des pères de la chirurgie française. La lecture de ce livre, très bien fait, est très instructive, et M. Nicaise, dans sa longue introduction, a mis en lumière, de la manière la plus frappante, une quantité considérable de faits fort peu connus et qui sont tout à l'honneur de la science française, dans la longue histoire des grandes découvertes de la chirurgie.

A la librairie Rueff, 106, boulevard Saint-Germain.

Les Ophtalmies du nouveau-né, par E. VALUDE. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Ouvrage court, mais très nourri et très clair, où le lecteur trouvera

tous les renseignements cliniques et thérapeutiques relatifs aux maladies des yeux chez les jeunes enfants, avec les renseignements pratiques les plus nouveaux.

Pharmacologie, thérapeutique et matière médicale.

A la librairie J.-B. Baillière, 18, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le docteur A. MANQUAT, deuxième édition, revue et mise au courant des plus récents travaux. (Deux volumes, petit in-8°. Prix : 20 francs.)

Cette nouvelle édition n'est que la mise à jour du traité bien connu de M. Manquat, ouvrage très utile aux praticiens et aux étudiants et dont nous avons déjà dit tout le bien qu'il mérite, lors de l'apparition de la première édition; nous n'avons donc qu'à enregistrer le nouveau tirage.

A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Jardin des apothicaires de Paris, par G. PLANCHON, directeur de l'École de pharmacie de Paris. (In-8° de 135 pages, avec 7 plans dans le texte. Prix : 2 fr. 50.)

Cette notice historique est une intéressante contribution apportée par l'auteur à l'histoire de l'École de pharmacie de Paris. On y trouvera d'intéressants documents archéologiques. Le travail est fait avec l'exactitude scrupuleuse apportée par l'auteur dans tous ses travaux de recherches.

A la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Traitement de la diphthérie au moyen du sérum de Behring, par le docteur H. KOSSEL, assistant à l'institut royal du professeur Robert Koch; troisième édition, traduite de l'allemand par O. Delbastaille. (Un petit vol. in-16, cartonné. Prix : 1 fr. 25.)

A la librairie Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Immunisation et Sérumthérapie, par le docteur Samuel BERNHEIM. (Un volume in-18 de 320 pages. Prix : 4 francs.)

L'auteur passe en revue les résultats obtenus jusqu'ici, dans la plupart des maladies virulentes, par la sérothérapie. On y trouvera une grande quantité de documents jusqu'ici disséminés dans les périodiques.

A la librairie Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Le Phénol sulforiciné dans la tuberculose, par A. RUAULT. (Brochure in-8° de 90 pages.)

A la librairie J.-B. Baillière, 18, rue Hautefeuille.

La Gravelle urique et son traitement à Forges-les-Eaux, par J. DEL FOSSE. (Brochure in-18 de 120 pages.)

A la librairie Battaille et Ce, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours de pharmacie, par E. DUPUY, professeur à la Faculté médecine et de pharmacie de Toulouse. Vient de paraître le deuxiè fascicule du tome II, contenant les médicaments appartenant ä chimie organique. (Un volume in-8° de 732 pages. Prix : 12 francs.

De la valeur alimentaire de la farine de Néré et de son applicatio l'alimentation du premier âge, par S. GUTTELSON. (Une brochure in de 54 pages.)

Le *Néré* ou *Nété* (*Parkia biglossa*) est une légumineuse africai qui commence à être connue en Europe à la suite du mouveme d'importation dû aux expéditions actuelles.

Le Mont-Dore, par le docteur DE BRINON. (Brochure in-32 d 70 pages.)

Physiologie.

A la librairie F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Les Emotions, étude psycho-physiologique, par le docteur LANGE (Un volume in-18 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine Prix : 2 fr. 50.)

On sait que la philosophie moderne a complètement tranformé l psychologie en basant son étude sur la connaissance des fonctio cérébrales. Le livre des *Emotions*, du docteur Lange, est un d meilleurs qui aient été écrits en Allemagne d'après les données a tuelles. La traduction qu'en a faite M. Dumas est très claire et tr bien ordonnée.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des attaques de sommeil symptomatiques;

Par Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

I

Il est un état pathologique fort curieux et assez rare, contre lequel le médecin non prévenu peut avoir beaucoup de peine à lutter : c'est l'*attaque de sommeil*, appelée aussi *narcolepsie* ou *maladie du sommeil.*

Le malade atteint de cette affection est sujet à des somnolences invincibles, qui se répètent souvent un grand nombre de fois dans la journée. Ce sommeil a tous les caractères du sommeil physiologique, mais, comme le dit Féré, ces caractères sont exagérés; le malade est incapable de lutter contre l'envahissement, et parfois il tombe sur place, terrassé par son besoin de dormir.

Il y a fort longtemps que ce phénomène est connu; dès 1841, on en trouve des observations, rapportées par deux Allemands, Thumen et Fricker; plus tard, en 1862, un certain nombre de cas sont décrits par Casse, par Marotte et par Labbé. Pour tous ces auteurs, l'accès de sommeil est un accident qui se produit au cours d'une maladie bien définie.

En 1880, et au cours des années suivantes, un médecin qui a beaucoup étudié l'épilepsie, Gélineau, a donné un assez grand nombre d'observations de sommeil pathologique, mais, entraîné par ses études spéciales, il a voulu faire de ce symptôme une maladie particulière à laquelle il a donné le nom de *narcolepsie* ou *maladie du sommeil.* C'était là une erreur, car cette affection, fort variable dans ses manifestations, qui peuvent aller de la simple somnolence à des at-

taques aussi brusques et violentes que des crises épileptiqu
ou hystériques, cette affection, dis-je, n'est jamais une m
ladie isolée, elle accompagne toujours un autre état, et pe
être symptomatique de maladies très diverses, névrose
troubles cardiaques, gastriques ou de nutrition.

C'est ce qui a été bien mis en lumière par les travaux q
ont suivi les publications de Gélineau, travaux qui ont
pour auteur Ballet, Dufossé, Parmentier, Blocq et Onano
Féré et Samain, pour ne citer que les principaux.

Dans tous les cas, assez nombreux, relevés dans ces di
verses publications, on trouve que les attaques de sommei
ont toujours été liées à des troubles généraux, hystérie ou
épilepsie souvent (mais alors avec des caractères particuliers),
mais surtout diabète, maladies du cœur ou du foie, troubles
gastriques, neurasthénie, obésité, grossesse, anémie.

Cela est très intéressant à connaître, car les indications
thérapeutiques se trouvent, dans ces conditions, établies
d'une façon toute différente que si la *narcolepsie*, pour employer l'expression de Gélineau, était véritablement une maladie essentielle.

Or, l'expérience prouve que les médications excitantes, thé, café, alcool, exercice au moment des accès, n'ont jamais pu rien produire contre les attaques de sommeil. Au contraire, les seuls succès qui ont pu être relatés sont trouvés dans les cas où le traitement a été exclusivement dirigé contre la maladie principale. Le traitement bromuré a réussi à Féré chez les épileptiques; Ballet a obtenu la guérison du sommeil, chez des diabétiques, en traitant le diabète; il a guéri un malade (qui souffrait en même temps d'une maladie de foie) en instituant un traitement approprié; Labbé a également réussi, chez une chlorotique, en s'occupant exclusivement de l'état d'anémie de la malade.

Ce serait donc une erreur que de s'attacher, dans un cas semblable, à l'attaque de sommeil elle-même; il faut, au

·e, la négliger et soigner la cause quand on l'a trou-
qui est presque toujours facile.
›pui de cette doctrine, qui ne me paraît guère con-
, je puis apporter deux faits intéressants dans les-
, cause des attaques de sommeil était fort différente,
ıi obtenu un succès thérapeutique rapide et, proba-
t, je puis même dire certainement, définitif. Ces ma-
ıne femme et un homme, avaient tous deux des at-
violentes de sommeil causées par des troubles de
n; mais chez l'un, c'était dû à un état neurasthé-
compliquant une albuminurie phosphaturique, et
utre, la cause se trouvait être un état d'obésité consi-
.

eux malades furent très rapidement améliorés, grâce
aitement hygiénique approprié à chacun des états
giques qui déterminaient chez eux les attaques de
il.

ɔis donc intéressant de donner *in extenso* l'histoire de
x malades, car on trouvera souvent leurs maladies
es causes les plus fréquentes des attaques de som-
t, par conséquent, les traitements dont je donne ici
ule auront certainement, plus d'une fois, une heu-
pplication.

ırquons, avant de poursuivre, que les deux malades
s'agit se plaignaient seulement, quand ils sont venus
nander des conseils, d'attaques invincibles de som-
ui rendaient leur existence impossible, et que, chez
us les autres troubles perdaient de leur importance,
araissaient même devant l'intensité des phénomènes
besoin de dormir. Ce fait est surtout remarquable
non second sujet, un médecin polysarcique, pour
les ennuis dus à la surcharge graisseuse n'étaient
t qui ne s'occupait que du sommeil incoercible qui le
ait à tout instant. C'est même cette prédominance

pathologique symptomatique qui explique l'erreur comm
par Gélineau.

Ceci dit, je passe à l'exposé des deux cas fort intéressa
que j'ai observés.

II

ATTAQUES DE SOMMEIL, SYMPTOMATIQUES D'UNE NEURASTHÉNIE AVEC ALBUMINURIE PHOSPHATURIQUE.

Le sujet de ma première observation est une femme trente-cinq ans, pour laquelle le diagnostic de *neurasthén* avait été porté par Charcot.

Celui-ci avait conseillé deux douches écossaises par jou du tartrate ferrico-potassique et un sirop polybromuré. (traitement, suivi pendant deux mois, ne produisit qu'un amélioration temporaire. Les symptômes dominants, à sa voir les crises douloureuses à forme de lumbago, la céphi lée, l'abattemeut physique, la tristesse, l'insomnie, la répı gnance au mouvement, ne s'atténuèrent quelques jours qu pour subir une exacerbation telle, que Charcot conseilla l suspension du traitement et les voyages.

Pendant les trois mois que dura un voyage en Italie, aı cun symptôme ne disparut et, à plusieurs reprises, survinrei des états de crise aiguë. Un seul symptôme fut modifié: c'e l'insomnie, qui fit place à d'invincibles et subites attaques (sommeil. De plus, chaque crise neurasthénique s'accomp gnait d'oligurie et de dysurie, avec émission d'urine pâle trouble ; l'odorat demeurait d'une sensibilité telle, que tou odeur, bonne ou mauvaise, produisait un véritable ét d'anxiété. Charcot, qui vit la malade à son retour d'Itali ajouta à son diagnostic: « attaques de sommeil, hypere thésie de l'odorat », et ordonna de reprendre le traiteme précédemment suivi, en y ajoutant un peu de teinture noix vomique. Un mieux sensible suivit ce traitement, ma bientôt tout recommença de plus belle.

C'est alors que la malade me fut adressée avec le diagnostic de neurasthénie avec albuminurie, car le médecin habituel, ayant eu l'idée d'examiner les urines, y trouva un peu d'albumine.

Une nouvelle analyse d'urine me fit déceler :

Acide phosphorique	7g,05
Urée.	25 ,20
Acide urique	0 ,56
Chlorures...........................	7 ,30

A ce moment, sans que les troubles gastriques, qui prédominaient alors, se fussent amendés, bien que l'analyse du suc gastrique ne révélât d'autre modification qu'une légère quantité d'acide lactique, tous les autres caractères étant d'ailleurs normaux, nous portâmes le diagnostic d'albuminurie phosphaturique pseudo-neurasthénique, et nous instituâmes le traitement que nous avons préconisé pour cette classe d'albuminurie, dans notre communication à l'Académie de médecine (séance du 19 décembre 1893) sur les albuminuries phosphaturiques :

1° L'*hygiène*, dont les moyens sont :

L'exercice progressif limité à la sensation de fatigue, le massage léger par effleurage, la vie au grand air, le repos intellectuel absolu, les frictions journalières avec un liniment excitant.

2° Le *régime*, dont voici les règles générales :

a) Diminuer les féculents et les sucres, agents d'épargne ; augmenter légumes verts et fruits ; insister sur les aliments phosphorés et potassiques ; autoriser, parmi les corps gras, ceux qui exercent sur les tissus phosphorés une action conservatrice ; supprimer tous les aliments gélatineux ; autoriser viandes rouges, bœuf et mouton, bouillon de bœuf (préparé sans os avec beaucoup de légumes), volailles adultes et œufs ; supprimer le poisson.

Os de petit gibier très grillés et pilés au mortier, cervelles,

laitances de poisson, ris de veau, caviar frais, foie, huîtı moules.

Pois, lentilles, fèves, haricots rouges, raves, navets, cl blanc, céleri, artichaut, endives.

Prohibition des pâtisseries, sucreries, condiments, acic à l'exception du sel marin et du jus de citron.

Comme boisson, lait écrémé ou eau d'Évian.

Après le repas, café léger.

β) Comme médicaments :

Huile de foie de morue, arséniate de soude, phosph: alcalins et terreux, préparations strychniques, hypopl phites, glycérophosphates, sulfate de quinine, extrait quinquina, inhalations d'oxygène,

Préparations ferrugineuses contre l'anémie.

La prédominance des symptômes neurasthéniques impı quelques règles spéciales. Se garder du traitement de Wε Mitchell, des narcotiques, de l'hydrothérapie ordinaire.

Comme uniques sédatifs, le valérianate d'ammoniaque les pilules de Méglin.

On terminera le traitement par une cure à Saint-Necta ou à Brides, et, si l'on a affaire à des malades trop ex tables ou artério-scléreux, par une cure à Néris, Plombièr Schlangenbad, Ragatz ou Badenweiler.

Grâce au traitement prescrit contre l'albuminurie ph phato-neurasthénique, on vit bientôt cette albuminurie, ı avait toujours persisté, disparaître rapidement ; l'éliminat de l'acide phosphorique se réduisit à 3g,25 ; les symptôı de la neurasthénie s'atténuèrent peu à peu et, trois m après, la malade pouvait être considérée comme guérie ; la guérison, depuis deux années, ne s'est pas démen puisque la malade n'a gardé, de tout l'appareil symptoı tique de sa névrose, qu'un peu d'irritabilité et une tendaı à la dépression nerveuse.

III

MALADIE DU SOMMEIL D'ORIGINE POLYSARCIQUE.

La deuxième observation est celle d'un médecin, âgé de trente-cinq ans, goutteux et arthritique de par ses antécédents, d'une constitution robuste, qui au commencement de l'année 1892, trois ans après son installation, faisant usage de la voiture professionnelle dix heures par jour, se mit tout à coup à engraisser rapidement.

Au bout de six à huit mois, il remarqua qu'il s'endormait avec une grande facilité. En mars 1893, les besoins impérieux de sommeil devinrent si fréquents, que le malade s'endormait malgré lui, partout où il se trouvait et quoi qu'il fît pour vaincre cette tendance au sommeil, contre laquelle il luttait en pleine lucidité d'esprit. A cet état de somnolence diurne se joignait une insomnie nocturne avec chute en bas du lit, puis bientôt de la dyspnée, un œdème généralisé, s'accompagnant d'urines rares et de sueurs abondantes.

Les attaques de sommeil de notre confrère étaient d'un caractère particulièrement subit et violent. Aussi, comme il est assez rare de posséder des auto-observations bien faites, je reproduis intégralement les faits suivants, qui sont empruntés aux notes mêmes du malade.

« *En voiture*, le docteur C... s'endormait *profondément* entre chaque visite, le trajet ne fût-il que de deux minutes.

« *Chez le malade*, il ne s'asseyait pas pour ne pas s'endormir, auscultait rapidement, la position penchée accentuant le besoin déjà si impérieux. La rédaction des ordonnances était devenue difficile : il était obligé de se borner à écrire des formules courtes, concises, sous peine de succomber au sommeil ; encore était-il obligé de s'y reprendre à plusieurs reprises. L'écriture était tremblée, avec des échappées de plume, la plupart du temps illisibles.

« *A table,* le sommeil le prenait en mangeant, en buvar le verre, la tasse ou la fourchette s'échappaient de ses mai et retombaient sur la table.

« La *lecture* était devenue impossible ; à la quatrième ligı le livre s'échappait de ses mains et roulait sur le sol.

« L'*écriture* était impossible aussi. Ayant, une fois u lettre importante de quelques lignes à écrire, il noircit sa succès quatre à cinq feuilles de papier et fut, finaleme obligé de la dicter. Les figures ci-contre donnent un écha

La comparaison peut être faite avec ce titre et cette note qui représentent l'écriture normale du malade

FIG. 1. — Ecriture normale du malade.

tillon de l'écriture du malade pendant ses crises, en com raison de l'écriture normale.

« *A l'hôpital*, il s'endormait en signant la paperasse habituelle ; il s'endormait en causant avec les malades ; fins de phrases étaient bredouillées.

« *En tramway*, à peine monté, il s'endormait. Le jeu était devenu impossible, les cartes lui tombaient des mai

« *En marchant* même, il s'endormait, butait, se cogn aux réverbères, contre les voitures ; il marchait machina ment par action réflexe et se trompait souvent de rue. Cho curieuse, le sommeil paralysait jusqu'au voile du palais ; s'entendait ronfler en marchant, cherchait à se réveiller ne pouvait y arriver.

« Enfin, une particularité très extraordinaire : il se sentait dormir, comme en léthargie, *avec toutes ses idées présentes*, et ne pouvait s'éveiller.

« C'est ainsi qu'il lui est arrivé souvent, six à huit fois, de s'endormir, soit dans son cabinet, soit dans sa salle à manger, soit ailleurs. Dans cet état, il entendait venir sa femme ou l'un de ses parents. Sachant combien cet état

Date de la blessure

Durée probable de l'incapacité

Nature et circonstance de l'accident :

Guérison

Fig. 2. — Ecriture du malade au moment de l'attaque de sommeil.

les inquiétait, il ne voulait pas être surpris dormant et cherchait à se réveiller ; impossible de remuer, impossible de parler.

« Deux ou trois fois, il put se réveiller seul par l'effort de la volonté ; les autres fois, l'arrivée d'un des siens, le secouant, put seule le tirer de sa torpeur.

« Pour se rendre compte de l'intensité de ce besoin de dormir et de la rapidité avec laquelle le sommeil se produisait, il faut citer quatre cas :

« Une fois, en parlant à un malade à l'hôpital, il tom endormi en travers du lit.

« Une autre fois, se sentant envahi par le sommeil da un dîner de famille, il sortit de table pour marcher un pe il ne put gagner la porte du couloir et tomba par terre, te rassé par la violence du sommeil.

« Une autre fois, chez un malade, sentant que, s'il s'a seyait pour rédiger son ordonnance, il allait succomber, il le tour du salon, regardant les gravures et tableaux, po se secouer un peu. En regardant un tableau, il tomba genoux.

« Enfin, un soir, chez lui, regardant le temps qu'il fais par la fenêtre, il tomba en arrière, à la renverse, vaincu p le sommeil.

« Chose étonnante, cet état de somnolence n'avait aucu influence sur sa lucidité ; ni sa mémoire, ni sa facilité suivre, à coordonner et à enchaîner ses idées n'étai atteintes.

« La pensée naissait claire, nette, précise, mais son expre sion écrite, voire même parlée, devenait impossible par l'a rivée du sommeil.

« Par contre, les nuits étaient mauvaises, très agitées; malade se réveillait toutes les demi-heures, roulait de son l en gesticulant. Il est tombé jusqu'à onze fois en une nuit a été obligé de mettre des planches au bord du lit pour évite les chutes.

« Il est urgent d'affirmer ici la sobriété absolue du malade qui n'a jamais abusé d'aucun alcool à aucun moment de s vie.

« Sa consommation quotidienne était, en moyenne, d 60 centilitres de vin rouge par jour et de 20 grammes d cognac ou rhum, après chacun des deux repas principau Jamais autre chose : ni apéritifs, ni bocks, ni liqueurs d'au cune sorte, ni à aucune époque. »

C'est dans cet état que le malade vint me demander conseil, le 28 mai 1894. Voici le résumé de l'examen clinique :

Poids du malade, 132 kilogrammes. Le facies est bouffi, le teint cyanosé, couperosé, les mains œdématiées et violettes. Oppression et anhélation dues à un peu d'œdème pulmonaire. Pouls petit et intermittent, à faux pas nombreux ; pas de lésion valvulaire. L'appareil digestif est en bon état, rien dans les urines comme élément anormal.

Voici la prescription qui fut faite par nous à notre confrère :

Suppression momentanée de tout exercice pouvant amener du surmenage cardiaque.

Diététique :

A 8 heures et demie, 30 grammes de viande rôtie ou de poisson, un œuf à la coque, 40 grammes de pain, 200 grammes de café au lait ;

A 11 heures, deux œufs à la coque ou 30 grammes de viande, 125 grammes de vin et eau ;

A 1 heure, 150 grammes de viande grillée froide, 200 grammes de salade, légumes verts, marmelades de fruits, 30 grammes de pain, 250 grammes de vin et eau, porter à 300 grammes en cas de soif vive ;

A 4 heures, 150 grammes de café ou thé léger ;

A 7 heures et demie, même repas qu'à 1 heure.

En dehors des boissons ci-dessus, on peut prendre, en cas d'urgence, 100 à 200 grammes de liquide par jour.

Mesurer chaque jour urines et boissons.

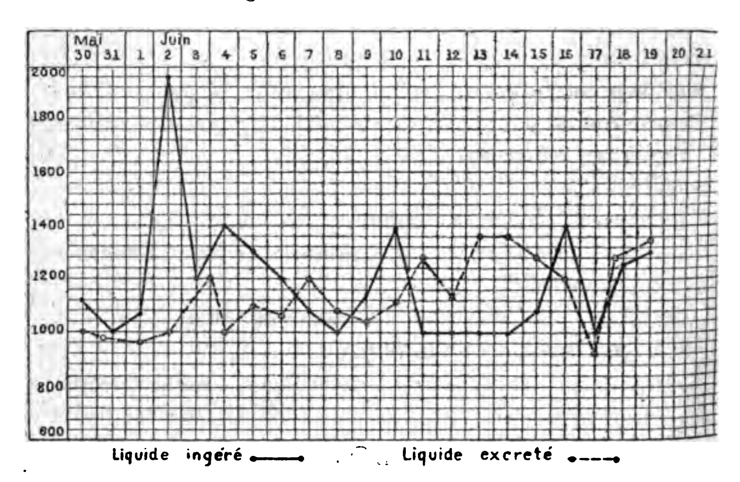
N'augmenter les boissons que si la quantité d'urine est supérieure à la quantité de liquide ingéré.

Une heure de marche après chaque repas.

L'amélioration fut des plus rapides, et l'état général s'améliora progressivement, en même temps que les somnolences diminuèrent de fréquence et de violence. La quantité d'urine augmentée arriva à dépasser, en moyenne, la quantité des boissons ingérées de 50 grammes.

Le tracé ci-dessous donne, d'ailleurs, le diagramme de miction urinaire pendant le premier mois de traitement.

Le 19 août suivant, je revis le malade, et je pus constat que l'état grave et pénible s'était singulièrement amélior Le poids n'était plus que de 114 kilogrammes, soit une dim nution de 20 kilogrammes obtenue en deux mois et dem



Liquide ingéré ——— Liquide excreté - - -

Je conseillai alors une cure à Brides, dans les conditions thérapeutiques suivantes :

Le matin.... 4 verres de 250 grammes;
A 11 heures.. 1 verre —
A 5 heures... 2 verres —

Tous les jours, massage et douche chaude, entraînement progressif.

Pour suivre l'effet du traitement minéral, il est intéressant de jeter les yeux sur le tableau ci-joint, qui rapproche la composition de l'urine avant et après le traitement. On voit de suite qu'avant le traitement il y a, malgré la faible quantité relative de liquide excrété, un excès de phosphates éliminés, et, par conséquent, perte pour l'organisme

(4 grammes), en même temps que les chlorures sont en moins grande quantité. Après le traitement, l'urine a doublé de quantité (suite de l'ingestion de l'eau), et le drainage amène l'excrétion de 11 grammes en plus d'urée et de 8 grammes en plus de chlorures, tandis que, de 4 grammes, l'élimination des phosphates passe à 3 grammes. (Remarquons que, si les chiffres du tableau paraissent élevés au premier abord, il s'agit d'un homme qui pèse presque le double du poids moyen.)

Examen des urines.	Avant la cure.	Après la cure.
Densité	1 027	1 014
Quantité	1 700^{cc}	3 litres.
Urée	44^{g},620	51^{g},000
Acide urique	1 ,292	1 ,680
— phosphorique	4 ,015	3 ,000
— sulfurique	4 ,760	5 ,160
Chlorure de sodium	15 ,640	23 ,400

Au retour de Brides, le poids du malade est descendu à 110 kilogrammes, et c'est ce chiffre qui reste définitif, car il est encore celui de notre sujet à l'heure actuelle. L'état général, excellent dès le mois de novembre dernier, persiste encore aujourd'hui ; l'oppression a disparu, plus d'œdème, plus d'attaques de sommeil, seulement une tendance à la somnolence à de rares intervalles ; mais c'est là l'état normal des gens gras, et notre confrère n'échappe naturellement pas à la règle.

L'étude des deux observations, sur lesquelles je me suis étendu avec assez de développement, nous montre donc, une fois de plus, que les attaques de sommeil peuvent être provoquées par des affections très différentes, et que souvent cette cause se trouve dans des troubles de la nutrition. Elle nous apprend, de plus, que la thérapeutique du sommeil lui-même est une erreur, et qu'au contraire il ne faut le guérir que par voie indirecte, en s'adressant seulement à la cause même des attaques, c'est-à-dire aux troubles de la

nutrition, par l'instauration d'un régime et d'un traitem
appropriés, le régime tenant certainement la place princip
parmi les indications thérapeutiques à remplir en parei
occurence.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur le traitement de la malaria (1);

Par le docteur KLEIN,
de Khaïfa (Syrie).

Rien n'est plus curieux que les effets du changement climat sur la malaria. Souvent il n'est guère nécessaire d'a ler dans un pays indemne pour voir les accès disparaître.

Je tiens ici à relater un fait surprenant. Un de mes ami qui habitait le pays depuis dix ans, où il a acquis le mal, e venu, pour ses affaires, se fixer à Jaffa. Dans cette ville, le accès se renouvelèrent avec une grande fréquence malgré l traitement quinique très suivi. Une fois, il est venu pou acquérir un terrain dans le voisinage de Césarée, endro justement redouté dans toute la contrée pour son insalu brité. Pendant deux mois qu'il restait au milieu des marai il n'a jamais eu un accès de fièvre. Parti pour quelque jours à Jaffa, il a eu son accès le lendemain. Ce phénomèn se renouvela à différentes reprises. Fièvre sans trève ni re pos à Jaffa; pas de fièvre à Césarée. J'ai pu observer de faits analogues, moins saillants en un assez grand nombre pour conseiller à mes malades, dans les cas très rebelles, d changer de localité. Évidemment, l'idéal est d'aller dans u pays indemne; mais, faute de le pouvoir, il faut se contente à tout hasard, de conseiller le changement de localité. De

(1) Suite et fin. Voir le précédent numéro.

faits analogues ont été observés dans l'asthme, et Trousseau en rapporte, dans ses leçons cliniques, des cas remarquables, ce qui lui faisait attribuer à l'asthme un caractère d'une maladie nerveuse.

En est-il de même dans la malaria? Le système nerveux intoxiqué par plusieurs attaques ne se comporte-t-il pas comme dans l'hystérie, par exemple, où des causes extérieures, souvent inconnues, provoquent l'attaque. C'est possible.

Au point de vue clinique, nous croyons utile de traiter de la fièvre pernicieuse immédiatement après la fièvre intermittente franche; car la perniciosité apparaît au cours d'une fièvre normale, et souvent une attaque d'une intermittente, à un de ses stades présente des phénomènes qui doivent mettre en éveil le praticien, car la moindre erreur peut être funeste.

Nous allons donc parler des phénomènes pernicieux au cours d'une intermittente normale.

Qu'est-ce que la fièvre pernicieuse? Quelle est sa définition? Ce n'est pas, certes, une entité morbide; elle est créée par le même agent qui produit toutes les maladies de l'impaludisme, et c'est le danger immédiat que court le malade qui permet de qualifier une fièvre comme pernicieuse.

En effet, au cours d'une intermittente ordinaire, aucun danger ne menace la vie du malade, avec les phénomènes pernicieux, la mort est imminente sans l'intervention active.

Quelle est la cause de la perniciosité? Faut-il la chercher dans l'organisme lui-même en l'état de débilité, ou dans l'agent infectieux? Ce sont les qualités de l'agent de la fièvre disent les uns; l'organisme débile, affaibli par des maladies ou des attaques antérieures, résiste faiblement à une nouvelle atteinte, et c'est ce manque de vigueur dans sa résistance qui crée la perniciosité, prétendent d'autres.

La vérité est entre ces deux opinions.

pourquoi cela ne serait-il pas vrai pour la plasmo
Laveran? Il est d'observation courante que des ind
vigoureux succombent à l'attaque primitive d'une
cieuse, et nous, personnellement, nous n'oublierons jan
cas d'un ouvrier, un vrai colosse, sans antécédents
caux, qui est mort sous le coup d'une pernicieuse q
pas été reconnue à temps. Il ne faut pas, par conséque
croire à l'abri d'une surprise quand on se trouve en pré
d'une intermittente chez un individu non débile ; à u
ment donné, pendant un des stades, les phénomènes
nicieux peuvent apparaître. La malaria a sa consti
comme toutes les maladies. Il y a des épidémies où la
cieuse a une grande tendance d'apparaître, et ceux q
vu l'épidémie de 1892, à Jaffa, ne l'oublieront jama
cause de la perniciosité était bien dans la vigueur de l
morbide, car vieux et jeunes, débiles et vigoureux, on
leur tribut au mal avec une très grande léthalité.
croyons donc que la pernicieuse est causée par l'exagé
de la virulence de l'agent de la maladie, et qu'elle es
ou moins dangereuse selon le terrain qu'elle renc
Comme nous avons dit plus haut, les phénomènes de
ciosité peuvent apparaître à un des trois stades de la
intermittente. En examinant ces trois périodes, nous

rition des phénomènes pernicieux. Ces phénomènes ont rarement lieu à la première période ; c'est à la deuxième ou au commencement de la troisième qu'ils se montrent. La fièvre pernicieuse, au cours d'une intermittente ordinaire, doit être distinguée, par conséquent, de la fièvre intermittente grave. Cette dernière est grave, à cause des conditions individuelles du sujet, ou à cause des accidents fortuits qui n'ont pas de rapport avec la maladie elle-même, mais peuvent en assombrir le pronostic. La pernicieuse est une fièvre anormale, dont la gravité réside dans les qualités virulentes de l'agent infectieux. La classification des fièvres pernicieuses doit être basée sur les trois grands départements du système nerveux qui sont atteints par les accès, à savoir le système vaso-moteur et sympathique, l'appareil cérébral, l'appareil spinal.

Une des plus fréquentes est la pernicieuse algide ; la plupart du temps, elle apparaît au cours du stade de chaleur et de sueur. Avec une sensation de chaleur interne, une soif inextinguible, le malade voit ses téguments se refroidir ; une sueur apparaît, mais une sueur froide, visqueuse ; la coloration des téguments est cyanique, les lèvres sont bleuâtres ; le pouls est petit et précipité, l'angoisse est indescriptible, d'autant plus que les facultés mentales sont intactes. La mort arrive en général au bout d'un temps qui varie entre deux à quatre heures.

Nous ne croyons pas que la pernicieuse puisse guérir sans l'intervention de l'art, et encore faut-il qu'elle soit prompte et énergique.

En face de ces phénomènes redoutables, il n'y a pas de temps à perdre ; il faut saturer l'organisme de quinine dans le délai le plus court, et ici les injections hypodermiques sont absolument indiquées. La dose de quinine doit être élevée, et il ne faut pas s'effrayer devant la dose de 4 à 5 grammes. Nous répétons que l'organisme, en possession

de la fièvre pernicieuse, est d'une tolérance remarqual vis-à-vis de la quinine.

La meilleure préparation nous a paru être le bromhydr de quinine et le chlorhydrate. Voici une formule de ces jections :

Bromhydrate de quinine...........	2	grammes.
Éther sulfurique..................	8	—
Alcool.........................	2	—

Chaque seringue de Pravaz contient 20 centigramn de sel. On fait d'emblée dix injections, ce qui représe 2 grammes de substance active. En même temps, il f stimuler l'organisme et relever l'action du cœur. L'alco l'éther et le camphre sont d'une grande utilité.

En voici une formule dont nous nous servions toujou dans ces cas :

Camphre.......................	1	gramme.
Sirop d'éther.....................	40	—
Cognac ou rhum..................	60	—
Sirop d'oranges amères............	30	—
Eau...........................	70	—

Toutes les dix minutes une cuillerée à soupe.

Si, dans une heure, l'amélioration ne survient pas, fai injecter cinq seringues de Pravaz de la solution de bromh drate de quinine. En général, une réaction se produit. L pouls se ralentit et devient plus fort, la sueur devient plu chaude, la couleur cyanique des téguments disparaît. Si le phénomènes de la réaction salutaire tardent à apparaître, faut continuer les injections de bromhydrate, et nous répé tons que la dose de 5 grammes et même 6 grammes ne do point effrayer. Il ne faut pas oublier que, dans ces cas redou tables, le seul salut est la quinine, et que ces doses, qui pa raîtraient excessives dans toute autre condition, sont tol rées par l'organisme.

Aussitôt que le péril imminent est conjuré, la tâche d

médecin n'est pas finie. La pernicieuse a une grande tendance à revenir, et il faut saturer l'organisme de quinine pour prévenir la récidive ; car la pernicieuse est plus grave quand elle s'abat sur un organisme qui a déjà subi des attaques antérieures.

Nous prescrivons toujours la potion suivante qui a l'avantage de réunir les qualités d'une potion de Todd et d'une préparation quinique :

Chlorhydrate de quinine.........	4	grammes.
Extrait mou de quinquina........	2	—
Cognac........................	80	—
Sirop simple..................	60	—
Eau...........................	100	—

Trois verres à liqueur le premier jour après l'accès pernicieux, et deux cuillerées à soupe les jours suivants.

Pendant la convalescence, les plus grandes précautions seront prises, car, à la suite d'un accès pernicieux, l'organisme se trouve fortement affaibli, la perte du sang, à la suite de la destruction des globules rouges, est grande, et les écarts du régime alimentaire, un refroidissement, peuvent avoir des conséquences sérieuses. Il faut bien nourrir le malade en évitant de surcharger l'estomac. Les viandes saignantes, les œufs à la coque, le lait, les vins généreux, seront la base de l'alimentation. Au moins pendant dix jours après l'accès, la sortie après le coucher du soleil sera prohibée rigoureusement, et c'est seulement peu à peu que le malade reprendra sa vie habituelle.

Cette intervention est générale dans tous les cas de fièvre pernicieuse, aussi bien de celle qui apparaît au cours d'un accès de l'intermittente que de celle qui survient d'emblée.

Il nous reste maintenant à donner une description succincte des autres formes de la pernicieuse, en indiquant s'il y a lieu, les particularités thérapeutiques selon les cas.

Un autre forme qui survient au cours du stade de chaleur

est la pernicieuse typhique. La température monte graduel lement pour atteindre 40 ou 41 degrés, la face est rouge, l peau sèche ; tantôt le délire est violent, le malade fait de efforts pour quitter son lit et il faut l'y retenir par force tantôt il reste dans un état de prostration sans reconnaîtr l'entourage ; l'urine est souvent supprimée, la constipatio est presque de règle.

Les heures se passent sans que la transpiration apparaisse le pouls, plein d'abord, faiblit, en se précipitant, et au bou d'un temps variable le malade meurt en hyperthermie. E dehors du traitement quinique (injections de bromhydrate haute dose), il est nécessaire d'enlever l'excès de caloriqu par des lotions froides sur tout le corps. Une potion au mus peüt être prescrite pour calmer le délire.

Les selles doivent être provoquées par des lavements l'eau froide. Des limonades fraîches seront administrées d temps en temps. Si les signes de la congestion encéphaliqu sont prononcés, les affusions d'eau froide sur la tête, ou u sac de glace seront mis en usage. Il faut être sobre d'émis sion sanguine; au plus il est permis de mettre quelque sangsues derrière les oreilles, car ce qu'on ne doit jamai perdre de vue, c'est que l'accès pernicieux détruit un nom bre considérable de globules rouges, et que les signes d'irri tation encéphalique sont dus autant à la présence du pig ment ocré qu'à l'afflux du sang et que la saignée ne peu rien contre le premier.

La pernicieuse diaphorétique survient au troisième stad celui de sueur. Rien dans les premiers stades n'annonce so apparition. Tout se passe normalement et la transpiratio apparaît. Au bout d'un certain temps elle devient d'une abo dance insolite; le malade est littéralement inondé. Comn signes subjectifs il faut noter le manque de ce bien-êt qui caractérise ce stade au cours d'une intermittente no male. Le malade est oppressé, la faiblesse est grande. Bie

ôt les sueurs deviennent froides, la température descend au-dessous de la normale.

Rien de particulier comme traitement quoique le perchlorure de fer à la dose de quinze à vingt gouttes par jour paraisse modérer la diaphorèse.

Tels sont les principaux accidents pernicieux au cours d'un accès de fièvre intermittente. Ils sont rares dans les pays tempérés, mais dans les pays chauds, leur fréquence est assez grande, et le praticien ne doit jamais perdre de vue qu'un accès de fièvre intermittente, apparemment bénigne, peut se compliquer au cours d'un des stades.

La fréquence des accidents pernicieux est subordonnée aux époques de l'année. En Syrie, par exemple, après les premières pluies, ils commencent à se montrer pour devenir exceptionnels au milieu de l'été et réapparaître au mois d'avril après les dernières pluies ; au milieu de l'été, quand le sol est desséché, ils deviennent moins fréquents. Cette fréquence des fièvres pernicieuses juste au moment, quand l'agent infectieux se réveille à la suite de la chaleur et de l'humidité, tandis que les habitants viennent de passer par une époque où les fièvres sont relativement rares, et que par conséquent l'organisme se trouve reposé, prouve que la perniciosité réside plutôt dans la virulence exaltée de l'agent infectieux que dans le terrain sur lequel la fièvre se développe.

Nous avons négligé, en traitant de la fièvre intermittente, de faire la description de types. La classification en est trop connue et la thérapeutique est la même pour tous les types. Si la forme intermittente est la plus fréquente, si d'autres formes sont pour ainsi dire inconnues dans nos parages, il n'en est pas de même dans les pays chauds. La fièvre rémittente dite *continue* est très fréquente, elle est aussi plus grave, et les accidents pernicieux à la suite de cette forme sont plus fréquents qu'au cours d'une intermittente. D'après

l'intensité des symptômes, la fièvre remittente se prései sous deux formes : *légère* et *grave*.

Les traits saillants d'une remittente sont l'ictère et l' maturie.

Elle débute, ou par un accès ressemblant à un accès l'intermittente, cas le plus fréquent, ou d'emblée.

Un frisson ouvre la scène ; ce frisson est très violent d'une durée prolongée ; l'accès terminé, le malade n'éproı pas ce bien-être si caractéristique durant et après le st de sueur. D'ailleurs ce stade se fait mal, d'une façon incc plète ; la prostration est grande. Au bout d'un temps varia entre quelques heures et un jour, un second accès appar si l'ictère n'a pas apparu pendant le premier accès (cas plus fréquent), il fera indubitablement son apparition dè deuxième. Il débute par la face pour envahir bientôt t les téguments. Mais quand l'ictère n'est pas encore ap rent, les urines sont déjà sanglantes.

Le foie et la rate sont tuméfiés, la région hépatique, s être douloureuse, est sensible ; la pression, même légère l'épigastre, provoque une vive douleur. Les vomissemeı d'abord alimentaires, puis bilieux, apparaissent ; la quan de bile est souvent très considérable. Les urines sont raı et leur coloration varie entre celle du vin de Malaga et c de l'eau rougie.

La température est très élevée : 40 degrés, 41 degr le pouls, dur, bat 120, 130 pulsations; le malade est t agité et il y a du délire, quelquefois il est très affais abattu.

Les accès se renouvellent, se rapprochent, et bientôt rémittence devient de très courte durée, ce qui a perı d'attribuer à cette fièvre le type continu.

La rémission a lieu aussi bien le matin que le soir.

Ceci est la forme grave ; dans la forme légère, tous symptômes sont atténués, les vomissements sont moins

uents, les urines moins colorées, la rémission plus mar-
uée et l'abattement moins prononcé. La forme légère est
ènigne au point de vue de la léthalité immédiate, mais le
ronostic de la forme grave est sombre.

Les éléments du pronostic sont les suivants : la précocité
el'ictère et son intensité. Quoiqu'on ne doive jamais se baser
ır un seul signe, et l'intensité de l'ictère n'est pas toujours
ı rapport avec la gravité du cas.

La fréquence des vomissements et la quantité de bile ren-
ıe est un élément plus sûr. Chaque fois que cette fréquence
evient excessive, le cas doit être jugé comme très grave.

Les urines, très colorées et en petite quantité, fournissent
ı élément de pronostic de premier ordre ; l'anurie est un
ésage d'une mort certaine. La marche de la température
ı rémittence) est aussi un signe précieux, et chaque fois
ıe le type tend à revêtir la forme continue, le danger est
ès grand.

Le traitement de la bilieuse hématurique doit être institué
un double point de vue : combattre l'action toxique et dé-
ırrasser l'organisme des produits de déchets des globules
uges détruits.

Le premier but va être rempli par la quinine et à haute
se. Il faut avoir d'emblée recours aux injections hypoder-
iques ; car, vu les vomissements, le malade ne pourra pas
lérer la quinine administrée par la bouche. La dose sera
evée, jamais au-dessous de 2 grammes, et il ne faut pas
douter les doses plus élevées ; car, après tout, la bilieuse
maturique grave est une pernicieuse à forme spéciale.
tte première indication remplie, nous devons nous efforcer
aider l'organisme à se débarrasser, par des évacuants,
s produits nuisibles. Il faudra donc combattre la consti-
tion, qui est constante. Les purgatifs salins seraient préfé-
bles ; mais, malheureusement, leur emploi est difficile,
ı leur goût désagréable qui provoquent les vomisse-

ments, déjà si difficiles à combattre. Le sel de Seignette, à la dose de 30 à 40 grammes, est la meilleure de ces préparations.

Le calomel nous paraît préférable ; car, en même temps c'est un cholagogue. Administré à dose fractionnée, il produit, au bout de cinq à six heures, des selles abondantes. Nous recommandons spécialement, parallèlement avec le calomel, les lavements répétés deux fois par jour.

Les vomissements seront combattus par tous les moyens que nous avons énumérés plus haut en traitant des accès intermittents.

Entre ces moyens, le champagne glacé est le plus efficace.

Les émissions sanguines doivent être rigoureusement proscrites, mais dans les cas de rachialgie très violente, des ventouses scarifiées sur la région douloureuse soulageront le malade.

Si la température est très élevée, les lotions froides sur tout le corps avec l'enveloppement dans une couverture de laine, ce qui favorise la sudation. La convalescence doit être suivie, et tous les moyens pour remettre l'organisme fortement affaibli doivent être mis en usage.

Nous avons épuisé tous les types principaux de la fièvre paludéenne en général. Entre ces différents types, il y a de nombreux intermédiaires, et si l'on voulait y ajouter ce qu'on appelle *fièvres larvées*, on pourrait continuer la description *ad infinitum*. En effet, il n'existe qu'une seule maladie, l'hystérie, qui présente une variété aussi grande et aussi capricieuse dans ses manifestations.

Le praticien, qui exerce dans les pays à fièvre ou qui a à traiter un sujet revenant de ces pays, ne doit jamais perdre de vue cette particularité, que l'impaludisme peut revêtir des formes qui, apparemment, n'ont aucun rapport avec la vraie cause du mal. La vraie pierre de touche sera toujours le traitement quinique. Nombre d'affections les plus dispa-

s, se rapportant tantôt aux irrégularités dans les fonc-
s digestives, tantôt ne paraissant toucher que le système
/eux dans ses différents départements, disparaîtront
me par enchantement à la suite du traitement spécifique
'impaludisme.

s'ensuit un principe de thérapeutique suivant : chaque
que la maladie présentera le moindre doute au point de
thérapeutique, il faudra instituer, parallèlement avec
tre traitement, le traitement quinique.

lous disons le traitement quinique ; car, malgré les nom-
ux travaux concernant d'autres substances, qui devaient
ler ou même surpasser la valeur thérapeutique de la qui-
e, nous devons, en se basant sur les données fournies par
:linique, nous en tenir à cette dernière, surtout si l'inter-
ition ne souffre pas de retard.

)n a préconisé les différents alcaloïdes qui entrent dans
:omposition de l'écorce de quinquina. Mais, véritablement,
seul, la cinchonine, mérite quelque intérêt. A dose double
celle de la quinine, elle aurait fourni, entre les mains
certains praticiens, des résultats très satisfaisants. Entre
; mains, elle a souvent échoué, et nous pouvons for-
ler notre opinion concernant cette substance de la façon
vante :

)ans des classes pauvres et dans des cas de fièvres inter-
tentes bénignes, en dehors de la saison dangereuse, on
it administrer la cinchonine à la dose de 1 à 2 grammes,
lieu et place de quinine, en la remplaçant par le sel de
nine si le résultat paraît incertain. Jusqu'à nouvel ordre,
l'état actuel de la science, le seul remède dont l'action
te toujours égale à elle-même est la quinine.

.e sel le plus préférable est celui dont la solubilité est
is grande, et, sans conteste, c'est le chlorhydrate de qui-
ie.

Ce sel est précieux encore parce qu'il est très facile de

préparer avec lui des solutions pour injections hypod miques, qui, grâce à l'extrême solubilité, peuvent être as riches pour épargner au malade de nombreuses piqûres où il faut agir vite. La solution suivante, par exemple, dom 10 centigrammes de substances utiles par piqûre :

Chlorhydrate de quinine............	4	grammes.
Glycérine........................	4	—
Eau distillée.....................	6	—

Il est utile de varier les sels de quinine dans des cas r belles à un sel employé. Ainsi, nous avons vu de nombre cas de fièvre céder à l'emploi de bromhydrate de quinine où d'autres sels restaient inefficaces.

Dans des fièvres avec la prédominance des phénomèn d'excitabilité du système nerveux, il faut donner le val rianate de quinine.

L'acide phénique peut être utile dans le traitement d fièvres à longues échéances ; mais il ne faut pas laisser c côté la quinine, le véritable, le seul spécifique de la malari

En somme, la quinine à doses très élevées dans les ca graves ; les reconstituants, l'hydrothérapie, dans le trait ment de l'anémie paludéenne, voilà en quoi se résume tou la thérapeutique de cette affection. L'essentiel est de savo se servir des moyens puissants que nous avons entre n mains, et ce savoir n'est acquis que sur place par la pr tique. Notre article n'a pour but que de tracer les lign générales, qui peuvent permettre à un praticien jeté bru quement dans un pays à fièvres, de ne pas être dépaysé méd calement parlant au milieu des phénomènes morbides qu rencontrera.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

M. LE PROFESSEUR POTAIN.

(Hôpital de la Charité.)

Traitement de la chlorose.

Dans une leçon de clinique faite à l'hôpital de la Charité, le professeur Potain divise le traitement de la chlorose d'après les différentes formes de cette affection, les indications thérapeutiques variant avec ces formes.

1° Indications dans la variété de chlorose portant uniquement sur le système sanguin :

Stimulants généraux, bains salés, bains de mer, frictions sèches, etc. Exercice physique modéré. Travail intellectuel réglé d'après l'état des malades. Éviter les excitations nerveuses, les émotions, qui sont nuisibles aux chlorotiques, à tel point que le mariage est loin d'être toujours bon pour ces malades, comme on le dit généralement. Le fer doit être administré en dehors de l'alimentation, qui doit être réconfortante. La médication phosphorique est administrée sous forme de phosphates ou de glycérophosphates.

2° Chlorotiques présentant des troubles cardiaques : palpitations, dilatation cardiaque.

Contre les palpitations, il faut laisser de côté la digitale et avoir recours aux médicaments qui agissent sur le système nerveux : bromure de sodium, valériane, camphre, etc.

Contre la dilatation cardiaque accompagnée d'oppression, d'anhélation, d'angoisse, de malaise et qui dépend le plus souvent de l'état dyspeptique, c'est à la dyspepsie qu'il faut s'adresser. L'alimentation doit être choisie et réglementée. Le traitement variera suivant la variété de dyspepsie à laquelle on aura affaire.

Dans la *dyspepsie douloureuse*, l'estomac ne pouvant tolérer

que difficilement les médicaments, on aura recours aux pr
parations ferrugineuses solubles et aux eaux ferrugineus
On peut, dans les cas intolérants, administrer le fer par
voie hypodermique ; les injections de sang défibriné ont é
préconisées.

Contre la *dyspepsie atonique* avec hyperchlorhydrie, on aur
recours aux alcalins ou à l'hygiène pure, qui peut rendre le
meilleurs services ; suppression du vin et des alcools, choix
très sévère des aliments. On se trouvera fort bien aussi, chez
ces malades, des inhalations d'oxygène.

Contre l'*embarras gastrique chronique* avec dilatation d'estomac, on fera le lavage de l'estomac, et, s'il est insuffisant, on pourra faire de l'électrisation par les courants continus, en mettant le pôle négatif sur l'estomac.

Dans la *dyspepsie avec anorexie*, qui s'accompagne d'un état neurasthénique fâcheux pouvant conduire les malades à la vésanie, le danger peut devenir très grand, car la thérapeutique est inefficace ; la meilleure chose à faire, c'est de changer de milieu, mais il y faut peu compter.

3° Chlorotiques névropathes. Chez ces malades, les indications diffèrent essentiellement, suivant qu'il existe de l'*atoni*
ou de l'*excitabilité nerveuse exagérée.*

Dans le premier cas, *atonie*, il faut conseiller la gymnastique, les voyages, l'exercice.

Dans le second cas, *excitabilité exagérée*, les malades on
besoin de repos, parfois du repos au lit ; alimentation trè
modérée, pas de fatigues, séjour à la campagne. Hydrothé
rapie ; on commencera par des douches chaudes dont o
baissera de plus en plus la température, pour n'arriver qu
progressivement aux douches froides et petit à petit.

Contre la dysménorrhée et l'aménorrhée, on aura recou
aux différents moyens qui servent à réveiller la fonction lan
guissante.

4° Chlorose compliquée d'une maladie qui l'a précédée.

α Intoxication par l'oxyde de carbone, ingestion du vinaigre : faire cesser l'intoxication.

β *Paludisme.* — Administrer la quinine, l'arsenic ; conseiller l'hydrothérapie.

γ *Syphilis.* — C'est surtout le traitement antispécifique qui sera indiqué. Il faudra donc démasquer le vrai coupable. Il en sera de même pour la *grossesse.*

5° Chlorose compliquée de tuberculose.

α La tuberculose est imminente. La thérapeutique doit être extrêmement attentive ; on mettra de côté l'hydrothérapie et l'on aura recours à l'arsenic et au manganèse.

β La tuberculose existe. Si la tuberculose apparaît sous sa forme congestive, le danger est pressant ; il faut faire cesser cet état congestif.

Si c'est la forme torpide, les ferrugineux peuvent rendre des services.

6° Chlorose compliquée d'une maladie de cœur : *Insuffisance aortique* ou *rétrécissement mitral pur.* Si c'est une insuffisance aortique, il faudra essayer de reconstituer le sang. Dans le cas de rétrécissement mitral pur, la chlorose exagérant considérablement les accidents cardiaques, il faut essayer de faire disparaître la chlorose.

La médication ferrugineuse réussit très bien dans ces cas.

Le diagnostic de la variété de chlorose, comme le dit le professeur Potain, présente donc une importance primordiale, puisque les indications et, par conséquent, les médications sont différentes, suivant les formes que peut présenter cette affection.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Gynécologie.

Sur le choix de l'opération à entreprendre contre l« fibromes utérins (A. Obaliski, *Wienner Klinik*, XII, décemb 1894). — Dans ce travail, l'auteur essaie de démontrer que :

1° Les lésions de la substance utérine causées par l'énucléa tion des fibromes peuvent présenter une marche favorable vers l guérison ;

2° L'énucléation des fibromes par voie abdominale, après lapa rotomie préalable, peut être faite beaucoup plus souvent qu'o ne le pense ordinairement. Pour se mettre sûrement à l'abri d l'infection de la cavité abdominale par la tumeur énucléée de s loge, l'auteur recommande de suturer au pourtour de la plai utérine les bords du péritoine incisé ; de la sorte, on préserve l cavité péritonéale du liquide s'écoulant de la plaie cavitaire.

Dans le but de vérifier l'opinion émise, l'auteur soumit à u examen critique 37 cas d'opérations (dont 13 personnels) 14 préparations ; sur ces 55 cas, 40 (= 72,7 pour 100) étaien de par leur structure anatomique, propres à l'énucléation.

Sont propres à l'énucléation toutes les tumeurs munies d'u capsule assez accusée pour permettre l'énucléation du fibrome p la main ou à l'aide du manche du scalpel. Sur les 37 opération on a pratiqué l'énucléation dans 15 cas, dont 7 d'après la métho proposée par l'auteur (tous ont donné des succès) et dans les 8 c restants, l'utérus fut réintroduit dans la cavité abdominale (4 d cès). Quoique, dans ces 37 cas, on eût pu pratiquer l'extirpati chez 28 malades, on eut néanmoins recours à l'amputation supr vaginale de l'utérus dans 14 cas (avec 5 décès). Ce qui milite e core en faveur de l'énucléation, c'est que, grâce à cette opératio on réussit à conserver l'utérus et que, par suite de la simplici du manuel opératoire, on peut la pratiquer dès le début de l'affe

tion. Toutefois, il faut avouer qu'elle ne met nullement à l'abri des récidives.

L'énucléation est absolument contre-indiquée en cas de myomes multiples.

Après l'énucléation de la tumeur, ligature des vaisseaux, sutures étagées des lambeaux de la plaie, suture entortillée des bords de la plaie, bordure de la plaie utérine par les bords de la plaie péritonéale, drainage par la gaze stérilisée. La muqueuse utérine est-elle lésée pendant l'énucléation, on introduira par le vagin des bandes de gaze dans la cavité utérine et on se comportera comme il vient d'être indiqué.

Grâce à ce mode d'opérer, on peut se passer de l'amputation supra vaginale, même dans un grand nombre de cas de fibromes énormes. Se trouve-t-on dans l'impossibilité de conserver l'utérus, on aura alors recours à une des trois meilleures méthodes d'extirpation de l'utérus, à savoir : 1° amputation vaginale par morcellement (Péan) ; 2° amputation supravaginale (Zweifel) et 3°, en dernière ligne, l'extirpation totale de l'utérus par voie abdominale. (*Therapeutische Monatsheft*, mars 1875, p. 158.)

Maladies de l'appareil circulatoire.

Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude. — Cas de pyopéricardite guérie par l'incision du péricarde. — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — Sur le traitement du goitre par l'injection de la glande thyroïde. — Neuf nouveaux cas de goitre exophtalmique traités avec succès par des injections d'extrait de glande thyroïde. — Traitement des ulcères variqueux par la compression et les plaques métalliques. — Anévrisme fémoral traité avec succès par la compression digitale.

Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude (Dr Chibret, de Clermont-Ferrand). — Pensant que le goitre exophtalmique par les poussées, les accalmies de son évolution et ses antécédents arthritiques a des analogies avec la goutte, l'auteur a eu l'idée de traiter la maladie de Basedow par le sali-

cylate de soude. Quatre cas types ont été heureusement modifiés par la médication salicylée. Le salicylate de soude est prescrit en quatre doses quotidiennes, chacune d'elles étant véhiculée dans un quart de litre de liquide pour augmenter la tolérance. La dose totale moyenne est de 5 grammes. On peut, suivant les cas, l'abaisser à 4 ou 2 grammes. Elle doit être continuée pendant longtemps après les premiers succès, et l'on y reviendra de temps en temps toutes les fois que l'état général semble devenir moins satisfaisant.

Cas de pyopéricardite guérie par l'incision du péricarde (A. Freih. v. Eiselsberg, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, nº 2).— Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur rapporte un cas de pyopéricardite traumatique; à trois reprises différentes, on retira, par la ponction, des quantités considérables de l'exsudat pyofibrineux, mais la guérison définitive ne fut obtenue que par l'incision du péricarde.

S'il est vrai que, dans ce cas aussi, l'incision s'est montrée supérieure à la ponction, on fera tout de même bien de commencer toujours par celle-là, vu son innocuité, et de n'avoir recours à l'incision qu'après avoir échoué avec la ponction ou n'avoir obtenu avec elle qu'un résultat passager. Il est d'autant plus indiqué d'agir de la sorte qu'il ne viendra à l'idée de personne de pratiquer la péricardotomie sans ponction exploratrice préalable.

Il va sans dire que, pour se mettre sûrement à l'abri de tout accident, on n'emploiera, pour les ponctions du péricarde, qu'un trocart *extrêmement fin* (*Therapeutische Monatsheft*, mars 1895, p. 156).

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (Dr Tuffier, in *Gazette médicale de Paris*, du 23 mars 1895). — Le docteur Tuffier, dans une clinique, à propos d'une jeune fille de vingt-six ans, atteinte depuis sept ans de goitre exophtalmique, chez qui le traitement électrique et les injections iodées n'avaient donné aucun résultat, préconise la thyroïdectomie partielle qu'il

a pratiquée sur cette malade avec succès ; la malade, revue sept mois après l'opération, ne présente aucun trouble de sa santé générale. Les palpitations, le tremblement, la dyspnée, ont disparu depuis son opération, l'exophtalmie est à peine sensible. Suivant l'auteur, la thyroïdectomie totale doit être abandonnée à cause des accidents tardifs ; l'exothyropexie n'a pas encore fait ses preuves ; la thyroïdectomie partielle s'attaquant au lobe hypertrophié est la méthode de choix ; elle trouve un solide appoint dans les théories actuelles sur l'hyperthyroïdisation et devient une opération rationnelle, logique, une véritable thérapeutique *pathogénique*.

Sur le traitement du goitre par l'injection de la glande thyroïde (Bruns, *Beiträge fur klinische Chirurgie*, Bd. VIII). — L'auteur a traité en tout soixante goitres par l'ingestion de la glande thyroïde, soit du parenchyme glandulaire cru, soit sous forme de tablettes de thyroïdine, à la dose quotidienne de deux tablettes (adultes) ou d'une tablette (enfants). Le traitement est prolongé pendant trois à quatre semaines.

On ne soumettra à ce traitement que les goitres parenchymateux, les goitres kystiques restant tout à fait rebelles à cette médication. En tout cas, on se gardera bien de la prescrire aux sujets atteints de maladie de Basedow, sous peine de voir aggraver l'état des malades.

Sur les 60 cas traités par lui, Bruns a obtenu 20 guérisons complètes, 23 améliorations très notables, et il n'a échoué que dans 17 cas. Quant à la guérison complète, il ne faut pas y compter chez des sujets au-dessus de vingt ans, ce sont les enfants qui présentent le pronostic le plus favorable. Les récidives survenues dans 3 cas, ont cédé rapidement au traitement réitéré. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, avril 1895, p. 224).

Neuf nouveaux cas de goitre exophtalmique traités avec succès par des injections d'extrait de glande thyroïde (G. Bogroff, *Youjno-rousskaïa méditsinskaïa Gazetta*, 19 janvier,

26 janvier et 2 février 1895). — Outre les 3 cas rapportés en 18
l'auteur a eu à traiter 9 nouveaux cas de goitre exophtalmiq
Les injections d'extrait de glande thyroïde ont amené dans tc
les cas l'amélioration de la plupart des symptômes morbides,
dans quelques cas on peut presque parler de guérison complè

Sans se prononcer encore catégoriquement sur l'efficacité coı
parée de ce traitement sur les divers signes de l'affection et l'c
dre d'après lequel ils cèdent les uns après les autres, il se cr
tout de même autorisé à émettre l'opinion que, sous l'influence d
injections, le goitre peut disparaître même tout entier; moins
est invétéré, et plus rapidement et plus complètement la glan
thyroïde reprend son volume normal. L'exophtalmie peu acc
sée disparaissait complètement; était-elle plus prononcée, on nc
tout de même sa diminution dans tous les cas sans excepti
aucune. On n'a pas observé de relation déterminée entre la din
nution du goitre et celle de l'exophtalmie. Le symptôme mc
bide le plus rebelle au traitement, c'est la tachycardie; elle
cède complètement et rapidement à la médication que quand e
est peu accusée, tandis que dans les cas graves, les succès so
tout à fait exceptionnels.

Dans tous les cas observés, la marche de l'amélioration pc
être indiquée par une ligne ondulatoire, c'est-à-dire, les amél
rations alternent avec les aggravations, mais avec le temps
améliorations deviennent de plus en plus accusées et stables el
aggravations de plus en plus effacées et surviennent moins fı
quemment. L'auteur préféra les injections à l'ingestion du suc
la glande thyroïde pour les raisons suivantes :

1° A cause de la saveur désagréable de cet extrait;

2° Les glandes ingérées provoquent des troubles de la digestic

3° En administrant la glande par la bouche, on s'exposc
introduire dans l'organisme des substances nocives;

4° Grâce à ce procédé de traitement, on est à même de do
exactement les quantités à injecter. Or, les cas de myxœdème s
venus dans le cours du traitement par la glande thyroïde déu

trent, à n'en pas douter, que l'organisme ne reste par indifférent envers cette substance et nous impose l'obligation de ne l'administrer qu'en quantité voulue et connue d'avance. Grâce aux manipulations auxquelles on soumet la glande thyroïde en vue de la désinfecter, toutes les substances toxiques y contenues sont détruites, d'où l'absence complète de tout phénomène secondaire fâcheux après l'injection du suc de la glande thyroïde. (*Vratch*, 1895, n° 11, p. 311.)

Traitement des ulcères variqueux par la compression et les plaques métalliques (Dr Ascornet, thèse de Paris, 1895). — L'auteur emploie cette méthode déjà connue contre les divers ulcères variqueux superficiels ou profonds :

Contre un *ulcère variqueux superficiel*, on procédera ainsi :

1° Lavage antiseptique de la surface malade et de ses bords avec la solution boriquée ou au sublimé à 1 pour 2000.

2° Application d'une feuille de zinc dépassant les bords de la plaie de 1 centimètre, et mesurant un dixième de millimètre en épaisseur. C'est le zinc en feuilles N... du commerce.

3° Fixation avec une bande en caoutchouc rouge, mesurant en largeur 5 centimètres, et, en longueur, 5 mètres, enroulés en allant du pied jusqu'au-dessous du genou, ménageant les orteils et les talons, et modérément serrée. Pendant cette application, le malade sera couché. C'est le *pansement diurne*. Le soir, enlèvement de la bande en caoutchouc et son lavage; enlèvement de la plaque métallique, son nettoyage.

De plus, désinfection de la plaie avec un antiseptique, et réapplication de la bande, maintenue en place par une bande de toile ou de flanelle. Voilà le *pansement nocturne*.

Avec ce traitement, le malade peut marcher, se livrer à ses occupations habituelles. On observe rapidement une diminution des douleurs, du gonflement des tissus et des œdèmes. Contre un ulcère variqueux profond, le traitement diffère un peu :

1° Au lieu de la lame de zinc, mouler sur le fond et les parois

de l'ulcère, pour éviter l'accumulation de produits septiques, ı feuille de papier d'étain pliée en deux ou trois doubles.

2° Appliquer sur ce papier un morceau d'ouate;

3° Même bandage contentif que plus haut.

On substitue la plaque de zinc au papier d'étain aussitôt qu perte de substance est doublée.

Les effets curatifs du pansement se traduisent par la format du liséré blanc de cicatrisation sur les bords de l'ulcère, l'afl blissement de ces bords, l'aspect devenant granuleux sur ; fond et la diminution du suintement.

Au moyen de la plaque métallique protectrice et de la bar compressive en caoutchouc, l'auteur a pu obtenir la guérison malades en trois semaines.

Anévrisme fémoral traité avec succès par la compressi digitale. — Henry W. Sawtelle (*New York medical Journ* 23 février 1895, p. 225-227) a eu à traiter un cas d'anévrisı fémoral immédiatement au-dessous du ligament de Poupart ch un homme de vingt-huit ans atteint, il y a sept ans, de syphil Après avoir essayé en vain l'application du tourniquet et d bandes compressives, il eut recours à la compression digitale ii médiatement au-dessus de l'anévrisme. Déjà après deux heur de compression digitale, tout battement cessa dans l'anévrisme l'artère, mais la compression fut continuée encore pendant qu rante et une heures, c'est-à-dire quarante-trois heures en tou Pendant tout ce temps, on administra au malade, en injectio sous-cutanées, 19 centigrammes de morphine, ce qui permit malade de dormir et soulagea ses souffrances; pas de phénomèn secondaires fâcheux, à part le ralentissement de la respiratio Le malade fut gardé au lit pendant trois semaines avec la cuisse fl chie à angle droit sur l'abdomen. On continua en même temps l'i dure de potassium. A la sortie du malade, la poche anévrismale ét diminuée de moitié, dure au toucher et le caillot qui la rempli sait semblait bien organisé. Pas de battement dans la poche

dans les artères fémorale, tibiale et poplitée, mais la circulation collatérale si bien développée, que le malade ne ressentait plus de gène aux mouvements. Même état deux mois plus tard.

Après avoir passé en revue tous les procédés de traitement proposés contre l'anévrisme, l'auteur arrive à la conclusion qu'en cas d'anévrisme externe, on commencera par la compression digitale du bout proximal de l'artère et, en cas d'échec, à la ligature du vaisseau d'après le procédé de Hunter ; les anévrismes internes seront soumis au traitement de Valsalva modifié par Tufnell (repos au lit, régime sévère et administration, de temps à autre, de la poudre composée de jalap, pour rendre le sang plus dense et activer la coagulation). Quant aux autres médications préconisées pour le traitement de ces anévrismes internes, telles que, par exemple, galvano-poncture, massage, flexion, acupuncture, introduction dans le sac anévrismal d'un ressort ou d'un crin, injection d'une substance coagulante, etc., on ne s'en servira que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Maladies du tube digestif.

Carmin et pyoktanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Trois cas d'entérectomie. — L'entéro-colite muco-membraneuse.

Carmin et pyoktanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage (Moravitsky, *Protocoly omskavo méditsinskavo obchtchestva*, 12 décembre 1894). — L'auteur rapporte l'histoire d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage traité par le carmin proposé par Pasqual de Michel. Le malade étant dans l'impossibilité absolue de se nourrir par la bouche, il fut obligé de pratiquer préalablement une fistule stomacale. L'état du malade s'étant un peu amélioré, on lui prescrivit le carmin, d'abord sous forme de pilules de glace et ensuite en solution (avec de la soude caustique), à la dose quotidienne maxima de 6 décigrammes. Le carmin était continué pendant cinq mois. Sous l'influence du carmin, le rétrécissement

commenca à se dilater, ce qui permit au malade d'avaler quel gouttes de liquide. Diminution graduelle jusqu'à disparition plète des ganglions le long du bord interne du sterno-cléido toïdien, cessation de la dyspnée et de la toux, et le malade fı nouveau à même de s'adonner à ses occupations habituelles.

Le carmin ayant cessé d'exercer aucune influence sur la ı che de l'affection, l'auteur prescrivit au malade la pyoktanin solution au quinze-centième, à la dose de 6 cuillerées à bou par jour; nouvelle amélioration.

Voilà déjà huit mois de passés depuis l'institution du tr ment par les substances colorantes susnommées et le malade dans un état satisfaisant. Le carmin sous forme de pâte aqu servit aussi pour le badigeonnage des ulcérations causées pa liquides refluant de l'estomac : les ulcérations se cicatrisèren dix jours et depuis (il y a déjà sept mois de cela), elles ne ré vèrent plus. (*Vratch*, 1895, n° 10, p. 276 et 277).

Trois cas d'entérectomie (Katchkovsky, *Chirourghitchesl liétopisse*, 1894). — Sur les 3 cas d'entérectomie pratiqués l'auteur, il s'agit dans 1 cas d'un intestin dont la paroi ma adhérait intimement au sac herniaire; dans le deuxième cas eut affaire à un rétrécissement progressif de la lumière de l testin, et dans le troisième cas, il s'agit d'une fistule tubéreuse la plupart des chirurgiens tâchent de traiter par une opéra conservatrice. La longueur des portions excisées de l'inte était différente pour chacun des cas opérés. Dans le premier la longueur était de 5 centimètres et demi; la largeur aux d bouts de 4 centimètres, et de 4 centimètres et demi à la pa moyenne. Dans le deuxième, la longueur de la portion exc était de 16 centimètres, dont 8 centimètres revenaient à la pa en amont du rétrécissement, 3 centimètres au rétrécissemen 5 centimètres à la portion en aval; la largeur du bout supéri était de 12 centimètres à son orifice et de 9 centimètres au rét cissement; la largeur du bout inférieur était de 5 centimètres

rétrécissement et de 7 au lieu d'excision. Enfin la portion d'intestin excisée dans le troisième cas était longue de 4 centimètres ; l'extrémité supérieure était large de 2 centimètres; quant au bout inférieur, il se rétrécissait en forme d'entonnoir et, à l'endroit le plus rétréci, laissait encore passer une plume d'oie.

S'appuyant sur les observations cliniques de ces trois cas et sur l'examen anatomo-pathologique des portions excisées, l'auteur émet les conclusions suivantes :

1° En cas d'adhérences calleuses des intestins et d'épaississements locaux des parois ayant pour conséquence l'altération de leur structure, la prolifération de leur tissu conjonctif et, par suite, des rétrécissements péritonéaux externes, il vaut mieux, pour prévenir l'hémorragie consécutive, d'exciser la portion de l'intestin correspondante et de réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale.

2° En cas d'herniotomie, il ne faut pas conclure de la vitalité plus ou moins grande de la séreuse à l'état intact de la muqueuse; au contraire, la muqueuse est toujours plus affectée que ne l'est la séreuse ; aussi dès que la séreuse présente un aspect un peu suspect, on fera bien d'exciser la portion correspondante de l'intestin pour ne pas mettre en danger les jours du malade.

3° Les fistules tubéreuses seront traitées exclusivement par l'excision de la portion correspondante de l'intestin.

4° L'anse intestinale suturée sera laissée libre dans la cavité abdominale pour que sa nutrition et la circulation s'accomplissent aussi normalement que possible. Il est donc contre-indiqué de provoquer son adhérence à la plaie, ce qui aurait pour résultat des coudures, la diminution des mouvements péristaltiques, etc.

5° Les malades sont-ils affaiblis, on pourra les nourrir dès la fin du premier jour après l'opération.

6° Le pansement antiseptique donne de bons résultats dans les opérations de la cavité abdominale (*Vratch*, 1895, n° 8, p. 222).

L'entéro-colite muco-membraneuse (Dr Mérigot de Treigny, *Bulletin médical* du 27 mars 1895, n° 25). — L'auteur, dans

une revue médicale sur l'entéro-colite muco-membraneuse, expos
ainsi le traitement de cette affection :

Le traitement doit répondre à des indications multiples : assure l'évacuation régulière du contenu intestinal et faciliter le détachement des fausses membranes ; combattre les fermentations intestinales et modérer la sécrétion glaireuse ; calmer les spasmes douloureux, enfin, traiter l'état général. Régime alimentaire : laitage, œufs, viandes tendres, grillées ou rôties et bien cuites, les viandes bouillies, les légumes secs en purées, les fruits cuits. L'action laxative des légumes verts pourra être utilisée, mais seulement dans les formes légères de la maladie. Contre la constipation : laxatifs doux qu'on variera pour éviter l'accoutumance.

Petites doses d'huile de ricin fréquemment répétées ; purgatifs salins donnés presque chaque jour en petite quantité.

Mélange de magnésie, de soufre et de crème de tartre par parties égales (une cuillerée à café chaque jour), poudre de réglisse composée, podophyllin, évonymine.

La graine de psyllium et le séné uni à l'*Hydrastis Canadensis* auraient, d'après G. Sée, une action spéciale sur le gros intestin. Grand lavement d'huile pure porté assez haut dans l'intestin pour faciliter l'évacuation des scybales et le détachement des membranes et calmer la douleur ; ce lavement prépare avantageusement, dans les cas d'obstruction, l'effet des grandes irrigations faites suivant la méthode de Cantani, qui est une véritable entéroclyse.

On pourra ainsi faire de l'antisepsie intestinale en additionnant l'eau de borate de soude, de naphtol, ou d'un mélange d'alcool camphré et de teinture de benjoin. Le calomel, par la voie buccale, peut rendre des services dans les épisodes fébriles.

Contre la sécrétion glaireuse on donnera les astringents : le chlorate de soude ou le nitrate d'argent en lavements. Le sous-nitrate de bismuth convient spécialement aux formes dysentériques.

Pendant les périodes douloureuses, outre les drastiques et les irrigations violentes, applications chaudes, cataplasmes, com-

d'eau très chaude, bains généraux, lavement d'eau ou
ı 38 degrés et 40 degrés.
ıe médicaments, menthol et extrait de *Cannabis Indica ;*
ıe, qui joint l'action calmante à l'effet laxatif; morphine
; crises très intenses. Traitement de l'état névropathique
drothérapie, le massage, les frictions sèches. Enfin le trai-
des différentes lésions qui peuvent s'associer à la colite
ıembraneuse, hémorrhoïdes, entéroptose, etc., a une
importance pour le succès de la cure.

Thérapeutique chirurgicale.

raitement chirurgical du torticolis spasmodique. — Quelques
ques pratiques sur les corps étrangers des voies respiratoires
estives, et des procédés à employer pour les en déloger. —
'obstruction intestinale aiguë par enclavement d'un calcul bi-
dans le jéjunum. — Sarcome abdominal guéri par des injec-
de toxines érysipélateuses. — Néphrorrhaphie dans un cas de
nobile gauche.

le traitement chirurgical du torticolis spasmodique
dson et Walton, *American Journal of medical Sciences*,
1895). — Ayant analysé les médications proposées ordi-
ent pour le traitement du torticolis spasmodique, les au-
nettent les conclusions suivantes :
: traitement palliatif, que ce soit l'électricité, les appareils
emèdes auxquels on a recours, ne donnera que très rare-
es succès dans des cas de torticolis spasmodique bien avéré.
ıant au massage, il ne se montre efficace que dans les cas
ment de récente date.
atiquement, ce n'est que la résection qui puisse être regar-
ıme un traitement rationnel et radical.
ı résection du spinal peut donner un bon résultat, même
il s'agit du spasme d'un muscle tout autre que le sterno-
nastoïden ; d'autre part, malgré cette opération, l'affection,
llimitée à ces muscles seuls, peut ensuite atteindre d'autres
s encore.

5° La crainte de paralysies consécutives à la résection pas nous empêcher de recourir à cette opération, la tête être maintenue levée, même après les résections les plus é La combinaison la plus commune, c'est le spasme du cléido-mastoïdien d'un côté, combiné avec celui des rotat térieurs du côté opposé; l'attitude de la tête dépend, dans du spasme des sterno-mastoïdiens, et de la rétraction des i postérieurs.

6° Dans la majorité, on fera bien de commencer par tion du spinal. (*Journal of nervous and mental* mars 1895, p. 201.)

Quelques remarques pratiques sur les corps étran voies respiratoires et digestives, et des procédés à e pour les en déloger (F. Semon, *Medical Chronicle*, av p. 1-10). — Il importe beaucoup de ne jamais prêter aux dires des malades concernant le siège du corps étran souvent, ils sont dans l'erreur complète, et le corps étr trouvé dans un endroit éloigné de celui désigné par les De même, les malades prétendent très souvent qu'ils sen tement la présence du corps étranger, et indiquent m précisément l'endroit où il s'est arrêté, tandis que, er l'irritation qu'ils ressentent à un endroit bien déterminé qu'au passage antérieur du corps étranger ne se trou dans les voies digestives ou respiratoires. Aussi, est-il n de soumettre toutes les fois, invariablement, les malades men détaillé s'étendant à toutes les voies digestives et res supérieures, sous peine de laisser, autrement, inaperçu étranger logé dans un point tout autre que celui indiqué p lade. Or, règle générale, il est toujours dangereux de lai temps séjourner un corps étranger dans les voies respira digestives supérieures. Il se peut que, au début, il n'o aux malades aucune souffrance; mais, tôt ou tard, il provoquer des lésions très graves, et son extraction en se

beaucoup plus difficile et laborieuse. L'auteur rapporte plusieurs cas où les corps étrangers, restés longtemps en place, ont causé une périchondrite des cartilages laryngés, la perforation de l'œsophage, etc. Il faut donc extraire les corps étrangers le plus tôt possible. Comment s'y prendre ?

On commencera par examiner l'arrière-gorge à la lumière intense, sans recourir à des instruments. En effet, en opérant avec des instruments à l'aveugle, on s'expose à repousser plus profondément les corps étrangers, ce qui, d'une part, rendra plus tard moins facile leur extraction ultérieure, et, d'autre part, peut présenter des inconvénients graves, toutes les fois qu'il s'agit de corps étrangers pointus ou rugueux, tels que, par exemple, arêtes de poisson (les corps étrangers les plus fréquents dans la pratique courante), des os, etc. Aussi, l'auteur met-il en garde contre cette habitude funeste d'introduire, à l'aveugle, une bougie avec laquelle on repousse le corps étranger, obstruant plus ou moins complètement la lumière des voies digestives ou respiratoires supérieures. Que d'accidents graves survenus à la suite de ces manœuvres intempestives ! En résumé, on commencera par examiner les parties incriminées à la lumière intense, et ce n'est qu'après avoir échoué avec ce mode d'examen, que l'on aura recours aux instruments qui permettent de voir, dans toute leur étendue, les voies digestives ou respiratoires supérieures.

Quant au procédé, il varie nécessairement avec l'endroit où est logé le corps étranger.

1° *Nez.* — L'auteur déconseille la pratique qui consiste à pousser avec force une injection dans la narine non obstruée, pour faire refluer le liquide dans la narine interceptée, et la débarrasser du corps étranger. Cette méthode expose à des accidents du côté de l'appareil auditif ; le liquide passe dans la trompe d'Eustache, d'où otite moyenne aiguë. Il vaut donc mieux de badigeonner la narine avec une solution de cocaïne, pour l'anesthésier et l'anémier, et d'enlever le corps étranger à l'aide d'une pince appropriée.

2° *Larynx.* — On essayera de retirer lè corps étranger, en servant d'une pince mince et longue. En cas d'échec, on fera trachéotomie pour obvier à l'asphyxie, et l'on tâchera de retir le corps étranger à travers cette brèche. N'y réussit-on pas, o aura alors recours à la laryngotomie. Mais, préalablement à tout intervention chirurgicale, on essayera le procédé qui, parfois donne des résultats tout à fait inespérés, et qui n'est pas contre indiqué, même en cas de corps étrangers pointus ou anguleux, on mettra le sujet avec la tête en bas et les jambes en haut, et or l'agitera énergiquement et à plusieurs reprises dans cette attitude. Il arrive parfois que le corps étranger tombe de lui seul du laryn ou des bronches.

3° *Trachée.* — Même procédé : d'abord, on essayera de le délo ger à l'aide de pinces, et, en cas de non-réussite, on recourra à la trachéotomie.

4° *Œsophage.* — L'instrument le mieux approprié pour l'œso phage, c'est la sonde œsophagienne en paravent. Quant à repous ser le corps étranger vers l'estomac, on n'y songera qu'après s'êtr assuré, d'une manière indiscutable, qu'il s'agit bien d'un obje rond et lisse (un sou, par exemple, chez les enfants).

5° *Bronches.* — On se servira de pinces minces et très lor gu es

6° Enfin, le corps étranger a-t-il déjà passé dans l'estomac, o administrera aux sujets des aliments fortement amylacés, tels qu par exemple, potages, pommes de terre, lentilles, etc., pour l'e velopper de la pulpe alimentaire et faciliter, par suite, son passag à travers l'intestin.

Très rarement on sera obligé de recourir à des opératio beaucoup plus radicales. C'est ainsi, par exemple, qu'il faud pratiquer l'œsophagotomie quand il s'agit, par exemple, d'u large plaque dentaire incarcérée dans l'œsophage, ou la gastrot mie pour un gros corps étranger arrêté dans le pylore. Mais, e suivant à la lettre les prescriptions sus-indiquées, on réussir dans la grande majorité des cas, avec les procédés ordinaires.

Cas d'obstruction intestinale aiguë par enclavement d'un calcul biliaire dans le jéjunum (J.-W. Smith, *Medical Chronicle*, avril 1895, p. 17-20). — Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-trois ans, entrée à l'hôpital le sixième jour d'une obstruction intestinale aiguë, sans cause appréciable, avec des vomissements fécaloïdes. Cette femme ayant maigri considérablement avant son entrée à l'hôpital, l'auteur songea à un néoplasme intestinal ayant rétréci la lumière du gros intestin, d'où arrêt des masses fécales épaissies. Colotomie iliaque gauche, pas de néoplasme. Mais le jéjunum était obstrué par un corps arrondi, long d'un demi-pouce : incision longitudinale de l'intestin, extraction du corps étranger, suture de Lambert, suture de la paroi abdominale. Le corps étranger était un calcul biliaire de 15 grammes (à l'état sec), long de 1 pouce et demi, d'une circonférence de 3 pouces 3/8. Mort quelques heures après. A l'autopsie, on constata une fistule qui faisait communiquer la vésicule biliaire avec la paroi intérieure de la première portion du duodénum, 1 pouce 3/4 au-dessous du pylore; obstruction complète du canal cystique.

L'obstruction intestinale par enclavement d'un calcul biliaire ne se rencontre que très rarement; Mayo Ribson n'en a trouvé que 4 cas sur 80000 malades.

Sarcome abdominal guéri par des injections de toxines érysipélateuses (Mynter, *Medical Record*, 1895). — Une fille de douze ans, issue de parents bien portants, se plaignait depuis cinq mois de douleurs intenses et de tuméfaction dans la région inguinale gauche, s'étendant graduellement jusqu'à l'abdomen; affaiblissement rapide, fièvre, dyspnée, anorexie, œdème des jambes. Ponction sans résultat aucun. L'auteur conseilla la laparotomie exploratrice : issue d'une grande quantité d'un liquide couleur de chocolat. On constata alors l'existence d'une tumeur inopérable, adhérente au péritoine, au mésentère, au cæcum et aux organes du bassin. Excision d'un petit morceau de cette tumeur, pour examen microscopique. Suture de la paroi abdomi-

nale. Drainage par de la gaze iodoformée; trois jours plus tard au premier changement du pansement, la gaze iodoformée es remplacée par un drain.

Le même jour, l'auteur injecta, pour la première fois, 5 centimètres cubes de toxine érysipélateuse. Les injections furent continuées tous les jours; dès la première semaine après l'institution de ce traitement, de volumineux débris de tissu nécrosé commencèrent à s'éliminer, et l'on fut obligé d'enlever le drain. Disparition complète de la tumeur, et la malade finit par guérir.

L'examen microscopique du morceau excisé démontra que l'on avait affaire à un sarcome pur. (*Wiener medizinische Presse.* 1895, n° 16, p. 613 et 614.)

Néphrorrhaphie dans un cas de rein mobile gauche (E.-F. Savin, communication à la Société pathologique de Chicago, séance du 14 janvier 1895; *Journal of the american medical Association*, 13 avril 1895, p. 546 et 547). — L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de cinquante ans, se plaignant de douleurs abdominales intenses. A la palpation, on constate que le rein gauche est mobile et que l'urine contient du pus et des pyophosphates. Ayant échoué avec le traitement médical, il se décida, sur l'insistance du malade, à intervenir chirurgicalement.

Procédé opératoire : incision ordinaire pour colotomie, le rein reposé dans sa situation normale, incision de la capsule rénale sur une étendue de 1 pouce, les bords de la capsule incisée suturés avec des fils de soie des deux côtés, au bord correspondant de la plaie abdominale, en tirant vers le dehors les bords de la capsule incisée aussi loin que possible.

On passa alors trois sutures de catgut à travers le tissu rénal et les muscles et les fascias, à une certaine distance des bords de la plaie, de chaque côté, et on les serra fortement, après avoir laissé un drain de catgut dans l'angle inférieur de la plaie. Suture des bords de la plaie aux fils de catgut; les bords de l'incision cutanée aussi rapprochés que possible. Saupoudrement avec d

β-naphtol, et pansement à la gaze au sublimé, recouvert d'ouate.

Guérison sans accident aucun.

Pour remédier à l'incurvation de la colonne dorsale, suspension et appareil plâtré de Sayre. Lavage de la vessie avec une solution d'azotate d'argent à 2 et demi pour 100. Électricité.

Résultats : disparition des douleurs, colonne vertébrale plus droite; le malade est à même de retenir dans sa vessie un peu d'urine, et il n'est plus obligé de se lever la nuit pour uriner.

Électrothérapie.

De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorragie, par le docteur Mounier, *France médicale*, 15 mars 1895, n° 11. — L'auteur, sans vouloir faire le procès de l'amygdalotomie de Fahnestock, qui peut donner d'excellents résultats, préconise l'anse galvanique pour l'ablation des amydales palatines.

Elle a l'avantage de supprimer la crainte de l'hémorragie et de débarrasser le malade en une séance et doit être préférée à l'ignipuncture dans les cas d'hypertrophie volumineuse des amygdales, qui donne de mauvais résultats.

L'outillage nécessaire est peu compliqué :

Deux accumulateurs de 3 kilogrammes réunis en tension ou une pile, grand ou petit modèle, de Chardin ; manche de 9 centimètres de longueur utile, tordu sur son axe d'un quart de cercle, l'anse métallique présentant ainsi ses deux chefs superposés, de telle sorte que, sans tourner le poignet, l'anse se présente naturellement dans la verticale et prête à enserrer l'amygdale droite ou gauche ; fil d'acier rigide de 4 dixièmes de millimètre de section.

L'intensité du courant importe peu ; il faut savoir si l'appareil employé peut rougir suffisamment l'anse pour permettre une ablation rapide, ce dont on se rend compte pratiquement lorsque le courant a une intensité suffisante pour porter au blanc éclatant un cautère droit de 6 à 7 dixièmes de millimètre, monté sur le manche du serre-nœud.

Soins préalables. — Badigeonnage de l'amygdale avec une lution de chlorhydrate de cocaïne au cinq millième ou au dix-lième quelques minutes auparavant.

Durée de l'opération. — Ne dépasse pas cinq secondes.

Soins post-opératoires. — Gargarisme à la résorcine au 1 c tième.

En résumé, avantages suivants : absence totale d'hémorragi opération peu douloureuse et rapide ; ablation aussi compl que possible, même dans les cas inopérables par l'instrum tranchant.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (NEUVIÈME CONGRÈS, 189

Le neuvième Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouv à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1895, sou présidence de M. le docteur Eugène Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heu

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée), M. Reclus, rapport

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les s tions de continuité des os (crâne et rachis exceptés), M. Heydenre rapporteur.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août, plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. cien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous rensei ments concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

La seconde session du Congrès international de gynécologi d'obstétrique aura lieu à Genève dans la première quinzaine de tembre 1896. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé session pour 1895.

Les questions officielles pour lesquelles il a été choisi des rap teurs de différents pays sont les suivantes :

Obstétrique. — Fréquence relative et formes le plus souvent ob vées des rétrécissements du bassin selon les différents pays ;

Traitement de l'éclampsie.

Gynécologie. — Traitement opératoire des rétrodéviations utéri

Suppurations pelviennes et leur traitement ;

Mode de sutures des parois abdominales ; meilleur procédé p éviter : abcès, éventrations, hernies, etc.

En même temps que le Congrès aura lieu, une exposition d'ap reils et d'instruments se rapportant à l'obstétrique et à la gynécolo

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

CORRESPONDANCE

A la suite de l'abus de son nom, qui a été fait par divers industriels, à l'occasion de ses travaux sur les glycérophosphates, M. Albert Robin a tenu à mettre le public médical en garde contre ces manœuvres malhonnêtes par un avis publiquement donné au cours d'une de ses leçons (voir le *Bulletin de thérapeutique* du 30 mai). Un nouvel abus ayant été commis d'une façon encore plus criante par un pharmacien, M. Albert Robin a cru devoir adresser aux journaux médicaux la lettre suivante :

19 juin 1895.

« Monsieur le Directeur,

« Il a paru dans les journaux de médecine une annonce émanant d'un pharmacien qui se sert de mon nom pour vanter sa marchandise.

« Je proteste énergiquement contre cet acte de flibusterie. Je n'ai donné et ne donnerai à personne le droit de mettre ses produits sous le couvert de mon patronage.

« Un autre industriel utilise une similitude de noms pour établir à son profit une confusion et insérer des annonces où mon nom s'étale en grosses lettres sans aucun prénom distinctif, et cela, malgré mes réclamations.

« C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance et la déloyauté, en attendant les poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

« Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

« Albert Robin. »

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les bains froids dans la fièvre typhoïde des gens âgé

Par A. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris.

Il y a déjà quelques années que notre regretté maît Juhel-Rénoy, suivant l'exemple de l'école de Lyon, introd sait à Paris la méthode de Brand comme traitement de fièvre typhoïde et opposait ses résultats merveilleux a résultats obtenus pour les malades qui n'avaient point traités par cette méthode. Ses succès, ses travaux sur ce question, l'entraînement de sa parole ardente, sa ferme c viction, avaient réussi à convertir plus d'un tiers de ses c lègues des hôpitaux, comme il le dit lui-même dans son li sur le traitement de la fièvre typhoïde (1892). Malgré les sultats obtenus par la méthode de Brand, malgré l'appli tion de la balnéothérapie dans la plupart des maladies inf tieuses, malgré l'innocuité absolue de la méthode, le nomb des médecins qui sont opposés à la médication par les bai froids est encore considérable, même parmi les jeunes; et praticiens qui soignent les dothiénentéries à la ville, ce qui font de la balnéothérapie, constituent encore aujo d'hui l'exception. Qu'arrive-t-il? C'est que, pour chaque é démie de fièvre typhoïde qui se présente, les cas de mo sont toujours très fréquents, surtout pour les formes grav et principalement pour les formes sévères, qui sont l'apan des gens âgés. Tous ces cas de morts surviennent chez gens non baignés, et nous sommes persuadés d'avance q la balnéothérapie bien comprise et bien conduite, surt dans les cas qui passent pour désespérés, est la seule thé peutique assez puissante pour arracher les malades à mort certaine, comme nous en possédons plusieurs exe ples. Pendant l'année d'internat que nous avons passée a

le docteur Juhel-Rénoy, nous avons pu étudier de près la question du bain froid aussi bien à l'hôpital qu'à la ville, ayant eu, avec notre regretté maître, plusieurs cas à traiter à la ville par la méthode de Brand.

Nous venons de soigner, à l'hôpital Cochin, pendant notre année d'internat dans le service du docteur Dujardin-Beaumetz, qui voulut bien nous laisser pratiquer cette méthode dans les cas graves, une série de quarante malades atteints de dothiénentérie, et nous n'avons eu qu'une seule mort survenue chez une femme atteinte de complication cardiaque, tuberculeuse, et tellement cachectisée, qu'on ne la baigna pas. Nous avons donc l'intention, dans ce travail, non pas de reprendre la discussion entre les adversaires du bain froid dans la dothiénentérie, les timorés et les partisans de la méthode exclusive, la cause a été défendue de main de maître par Juhel-Rénoy, nous voulons tout simplement montrer, malgré tous les avantages que donne au malade typhique le bain froid employé, quelle que soit la forme de la dothiénentérie, que, dans les cas graves, compliqués, survenant chez les gens âgés considérés comme désespérés, non seulement la balnéothérapie est indispensable, mais que c'est une grande faute commise par le médecin, quand, dans de pareils cas, il ne fait pas courir au malade la seule chance qui lui reste, celle d'obtenir la guérison par une médication très pénible, il est vrai, mais la seule puissante, celle par les bains froids.

Plusieurs objections sont faites contre la méthode par les adversaires et les indifférents; nous les passerons rapidement en revue et nous y répondrons. Mais, nous le répétons, notre travail a surtout un but, celui de faire connaître comment on doit donner le bain froid à la ville dans un cas de fièvre typhoïde très grave, afin qu'on ne puisse pas répondre, comme on le fit à un médecin distingué de Paris qui soignait une personne âgée dans une grande ville de cent mé-

decins, et qui voulut bien nous envoyer auprès d'une dam
âgée de cinquante-deux ans, gravement atteinte, et qui du
sa guérison à deux cents bains : « Nous ne connaissons pas
manière d'appliquer la balnéothérapie dans ces cas si grav
de dothiénentérie. »

Une des premières objections faite contre le bain froid e
celle-ci : il est très facile de pratiquer la méthode de Bra
à l'hôpital, le malade acceptant facilement le traitement
diqué par le médecin ; mais à la ville, c'est tout autre cho
Des difficultés presque insurmontables s'élèvent lorsqu
parle à la famille de plonger le malade dans un bain d'e
froide à des intervalles si rapprochés, et de lui faire subir
supplice quelquefois très pénible toutes les trois heur
voire même toutes les deux heures au besoin, sans comp
les apprêts continuels et répétés du bain pour qu'il soit do
à temps et à température voulue, les visites incessantes
médecin, la présence constante d'un aide intelligent
puisse surveiller le malade et conduire le bain avec exa
tude et efficacité. Certes, cette difficulté existe, mais n
point insurmontable. Quand le médecin sera en présen
d'un cas grave de dothiénentérie, d'un pronostic si sérieu
que l'appel d'un confrère aura été nécessaire en présence d
la responsabilité fortement engagée, que le cas aura été réel-
lement jugé comme désespéré, il n'est pas de famille qui
puisse refuser au médecin traitant, en qui elle a mis sa con-
fiance, la seule médication capable de sauver la vie du ma-
lade. Il y a là une question de vie ou de mort qui s'impose
et entraîne la conviction de l'entourage. De deux chose
l'une, ou il s'agit de gens ayant une certaine fortune et pou
vant placer auprès du malade une personne intelligente
qu'elle soit parente du typhique ou que ce soit une garde
malade laïque ou religieuse, ou bien encore un médecin à
demeure ; dans ce cas, il est facile, après avoir donné les
premiers bains avec l'aide désigné, de lui faire connaître la

technique de la méthode, laquelle sera appliquée convenablement après deux ou trois bains.

Quant à l'assentiment du malade, c'est lui-même qui le donnera, lorsqu'il aura vu, après quelques bains, le calme et le sommeil succéder aux souffrances qu'il endurait avant l'application de la balnéation ; chose singulière, malgré les sensations pénibles éprouvées pendant le bain, il demandera lui-même à retourner dans la baignoire quand le moment opportun sera arrivé. La question de la dépense à faire ne sera pas non plus un obstacle bien sérieux, car il est aujourd'hui très facile de trouver des gardes-malades intelligents aussi bien en province qu'à Paris, et à des prix modérés.

S'il s'agit de familles ne pouvant faire les frais de la méthode, bien qu'ils puissent être très minimes, les congrégations fournissant en province des sœurs gardes-malades non rétribuées, et le tout se réduisant alors à la location ou l'achat d'une baignoire, une seule ressource restera au médecin, c'est celle d'obtenir de la famille l'admission du malade dans un hôpital, et là le malade pourra bénéficier de la balnéation. Nous ne pensons pas qu'il puisse exister de parents assez stupides pour empêcher un des siens d'aller chercher dans le seul endroit où il peut l'obtenir, un traitement qui lui rendra la vie, malgré la crainte instinctive de l'hôpital qui règne encore dans nos provinces. A Paris, cet obstacle n'existe pas, car ces préjugés ont disparu de la population. Il existe là, pour nous, une grosse question de savoir-faire pour le médecin, car c'est lui seul qui, par sa persuasion, peut entraîner l'assentiment de la famille.

Sans vouloir revenir sur la question de l'application exclusive de la méthode, on nous fera peut-être encore de nouvelles objections portant sur des cas nombreux non traités par la balnéation et ayant fourni d'excellents résultats. Cela est possible, et, en effet, tous les cas ne sont pas mortels dans la dothiénentérie, mais peuvent, pour certains, aboutir

à des complications qui prolongeront la maladie, la convalescence, alors que, par la balnéothérapie, on pourra leur opposer des cas identiques guéris beaucoup plus rapidement, et n'ayant pas, grâce à la balnéation, présenté les caractères alarmants et les souffrances que la fièvre typhoïde peut produire chez les malades. Mais nous laisserons ces considérations de côté, et avant d'aborder la partie technique du bain froid, nous exposerons rapidement les formes qui nous paraissent justiciables du bain froid, nous appuyant sur les formes graves et les complications qui, non seulement ont besoin du Brand, mais exigent la balnéothérapie pour obtenir la guérison du malade, lequel, sans cela, court à une mort presque certaine. La dothiénentérie peut frapper tous les âges; mais sa manière d'être n'est pas la même pour tous, que les variations soient dues à la virulence plus ou moins grande de l'agent pathogène ou à la question du terrain.

Il est un point suffisamment acquis : c'est que la fièvre typhoïde présente en général une bénignité très grande chez l'enfant. Aussi, se contente-t-on le plus souvent de faire des lotions fraîches, et la balnéation ne devient nécessaire que s'il survient des complications.

Chez l'adulte, l'intensité de la maladie varie suivant l'état général de l'individu, suivant le degré de typhisation ou mieux d'infection du sujet, amenant des phénomènes graves du côté des éléments nobles, comme le cœur, le rein, le poumon, le système nerveux, une température excessive, etc., et la maladie est classée forme grave, sévère, maligne.

Quand elle survient chez des malades au-dessus de quarante ans, tous les auteurs s'accordent à dire que l'affection est toujours sévère. *A fortiori*, quand elle se présente chez des gens ayant atteint de cinquante à soixante ans, il est facile de comprendre que la résistance du malade, quelle que soit sa constitution, sera beaucoup moindre que celle de l'adulte, car les organes nobles, le rein, le cœur, le cerveau,

le poumon, n'ont plus, à cet âge, les conditions de résistance qu'on rencontre chez l'adulte.

C'est donc à partir de quarante ans et au-dessus qu'on devra surveiller avec un soin excessif l'évolution de la dothiénenterie, et que, pour les praticiens timorés, la balnéothérapie pourra présenter des indications formelles. C'est surtout à partir de cet âge que la fièvre typhoïde peut aboutir à la terminaison fatale, et chez ces malades, nous ne craignons pas de le dire, la balnéation doit être appliquée le plus promptement possible dans l'intérêt du malade, quelle que sera la forme de la maladie, car c'est chez ces malades qu'on peut dire : « On sait toujours comment cela commence, mais on ne peut jamais dire comment cela finira. » C'est surtout chez ces malades qu'il ne faudra attacher qu'une bien minime importance à la marche de la température et à sa plus ou moins grande élévation. Il faudra sans cesse avoir l'œil sur les organes principaux, surtout le cœur et le rein. C'est chez eux qu'il faudra veiller aux rechutes, c'est chez eux surtout que la balnéothérapie judicieusement appliquée conduira l'affection vers la guérison.

D'une façon générale, on devra baigner les malades qui présenteront une élévation de la température vers 39°,5 à 40 degrés et dont les rémissions matinales seront nulles ou presque nulles, cette forme en plateau de la courbe technique étant l'indice d'une situation des plus graves. Dès que le pouls présentera une accélération un peu grande, surtout quand cette élévation du pouls coïncidera avec une température peu élevée, s'accompagnera d'un dicrotisme artériel traduisant le manque d'élasticité, l'affaiblissement de la contractilité vasculaire ; dès que l'auscultation révélera des troubles dans la contraction cardiaque, troubles qui se manifesteront par un assourdissement et une égalisation des bruits cardiaques, quand, en un mot, le rythme cardiaque prendra le caractère fœtal, embryocardique, pendulaire, signes tra-

duisant l'affaiblissement du muscle cardiaque, il ne faudr pas hésiter, et l'on devra soumettre le malade au traiteme par les bains froids. On y joindra l'administration des to ques du cœur, injection de spartéine, caféine, éther, hu camphrée. On appliquera une vessie de glace sur la régi précordiale dans l'intervalle des bains.

Dans les formes qui présenteront une prédominance côté du système nerveux, adynamie, ataxie, ataxo-adyna avec typhisation extrême ou agitation, délire, céphalée, somnie, carphologie, la balnéothérapie deviendra encore indication formelle et produira une véritable résurrectio malade qui, après le bain, sortira de sa stupeur, de son agi tation, pourra répondre aux questions qu'on lui adress era. Chez les gens âgés, ce sont surtout les phénomènes adyna miques qui domineront, et la balnéation présentera une indication spéciale. Le bain sera court, superficiel, stimu lant, avec affusion sur le bulbe pendant toute la durée du bain.

Toutes les fois qu'un typhique présentera une dépuration urinaire insuffisante, rareté des urines, quelle que soit la quantité d'albumine, ce qu'indiquera le bocal spécial don nant la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures surtout lorsque cette quantité minime de la sécrétion u naire ne coïncidera pas avec la quantité des boissons ing rées, les bains froids deviendront absolument nécessaire Avec eux, on verra la courbe urinaire augmenter, l'ingesti des boissons devenir plus facile, la langue, de sèche et rô qu'elle était, devenir plus humide, etc. Enfin, du côté poumon, la dyspnée toxique, la bronchite, la pneumonie congestion pulmonaire, loin d'être des contre-indicatic nécessiteront la balnéation. Avant d'aborder la manière d ministrer le bain froid chez les typhiques, nous cite en quelques mots les effets physiologiques du bain dont on trouvera l'analyse complète dans la thèse de

eur Faure-Miller faite sous l'inspiration du docteur Juhel-Rénoy (Paris, 1893).

Le bain agit comme antithermique et permet au malade de défendre sa température; il amène, au bout de neuf à douze minutes, un frisson plus ou moins fort, recherché et voulu, indispensable, car il indique la bonne réaction du malade. Il facilite l'ingestion des boissons en grande quantité, jusqu'à 6, 7, 8 litres et plus, et amène une polyurie en rapport, pouvant s'élever à 7 et 8 litres en vingt-quatre heures. Cette diurèse abondante permet l'élimination des toxines et produit rapidement l'amélioration des phénomènes d'intoxication. Le bain produit une perspiration très abondante, parfois fétide. Nous avons pu nous rendre compte de cette élimination des toxines chez une malade que nous avons baignée sous la direction de notre maître Juhel-Rénoy et des docteurs Robin et Faure-Miller; le coefficient uro-toxique présentait un taux très élevé. Le bain froid est un tonique du cœur et des vaisseaux. Sous l'action de la réfrigération, il reprend son énergie et ses battements deviennent plus réguliers, mieux frappés; le rythme pendulaire disparaît. En augmentant la pression sanguine, la balnéation active la circulation et empêche la stase dans les organes.

Le bain froid est le stimulant et le sédatif du système nerveux dont il est le véritable régulateur ; il amène la disparition des phénomènes nerveux, donne le sommeil et le repos au malade. Il agit d'une façon très avantageuse sur le tube digestif en permettant l'alimentation du malade, et diminue considérablement la durée de la convalescence.

Technique du bain froid. — Nous entrons maintenant dans le côté pratique du sujet : nous passerons rapidement sur certains points pour nous appuyer plus particulièrement sur les cas compliqués.

On fera choix d'une baignoire grande, appropriée à la taille du sujet, assez haute pour que le malade soit complètement

recouvert par l'eau, ne remplissant qu'à moitié cette baignoire. Ces conditions formulées par Juhel-Rénoy sont très importantes dans ces cas sérieux des gens âgés, car c'est surtout chez eux qu'on aura à faire les affusions sur la nuque, ce qui augmentera très notablement la quantité d'eau contenue dans la baignoire. Le fond de bain est complètement inutile.

La baignoire sera placée le plus près possible du malade et à l'abri des courants d'air. L'usage du paravent cachant les préparatifs du bain n'est pas indispensable, car, dans ces cas sérieux, le malade lui-même réclame son bain qui lui procure un soulagement et le repos.

La plupart du temps le malade, même dans les cas très graves, va de lui-même à la baignoire, soutenu par deux aides qui le prennent sous chaque bras. Quelquefois on est obligé de porter le malade dans l'eau. Il y a donc un grand intérêt à avoir une baignoire placée aussi près que possible du lit pour éviter la fatigue du patient et celle des aides.

L'eau sera aussi claire que possible et renouvelée toutes les vingt-quatre heures, et même après deux ou trois jours si son impropreté ne réclame pas son changement. Il est évidemment préférable de la renouveler plus souvent, surtout dans les cas où la peau présente quelques excoriations.

Mais si l'approvisionnement de l'eau est difficile, on fe pour le mieux. L'important est d'avoir de l'eau assez fraîc pour amener celle du bain à la température voulue et p faire les affusions pendant le bain. On pourra, si l'on v pour une baignoire ordinaire, ajouter 40 à 50 gramme naphtol comme antiseptique. Nous nous sommes très trouvé, lorsque nous avons donné des bains froids r même à des femmes, d'ajouter à chaque bain quelque gnées de poudre d'amidon pour masquer la nudité malade dans le bain.

La température du bain sera de 18 à 20 degrés au mi

chez les gens âgés, et les premiers bains pourront même être commencés à 25 degrés et refroidis progressivement à 20 degrés afin de ne pas effrayer les malades au début de la médication. Mais l'état général du malade, l'état du cœur, du sein, du système nerveux bien plus que la température, seront les guides sérieux du genre de bain à donner. Il en est de même pour la durée du bain, qui variera avec l'état du malade, l'intensité de l'affection, l'époque de la maladie, la réaction plus ou moins grande du typhique. Juhel-Rénoy nous a indiqué un point de repère excellent et facile à apprécier pour tout le monde : c'est cette réaction du typhique, qui, vers les neuvième ou dixième minutes, se met à frissonner dans son bain. Ce frissonnement, qui indique que le bain a produit son effet salutaire, devra être respecté pendant deux à trois minutes, ce qui donnera comme durée ordinaire du bain calmant, sédatif, douze à quinze minutes environ. C'est ce genre de bain qu'on donnera chez les gens âgés dès le début de l'affection, aussitôt que le diagnostic de dothiénentérie aura été fait ou même soupçonné. On l'appliquera pendant toute la durée de la maladie et d'une façon systématique, toutes les trois heures, aussi bien la nuit que le jour. Supposons maintenant que nous sommes en présence d'une fièvre typhoïde chez un malade ayant dépassé la quarantaine, et pour laquelle on veut appliquer la balnéothérapie ! Voici comment on procédera : le premier bain devant être donné à huit heures du matin, par exemple, on commencera, cinq minutes avant le bain, par prendre la température du malade à l'aide d'un thermomètre choisi à maxima, introduit dans le rectum ou le vagin, les températures axillaires n'ayant aucune valeur. Pendant ce temps, on procédera à la préparation du bain qui sera mis à la température voulue par addition d'eau froide ou d'eau chaude ; un thermomètre à bain indiquera le moment où la température du bain est bonne.

On aura préalablement préparé, sur une table, quatre à cinq verrées de boissons variées, grog ou cognac, lait, bouillon, champagne coupé, vin généreux, etc., afin de les faire ingérer au malade pendant la durée du bain. Une série de brocs d'eau à la température de 10 à 12 degrés sera placée à la portée de l'aide chargé de faire les affusions sur la nuque. Tous ces préparatifs, après quelques bains, seront exécutés très vivement par les aides habitués.

Ces préliminaires terminés, la température du malade ayant été notée sur la feuille de température, ainsi que l'état du cœur et du pouls, on commence par faire prendre au malade débarrassé de l'unique chemise qui le revêtait, une bonne gorgée de grog ; puis, à l'aide d'une grosse éponge trempée dans de l'eau à une température un peu inférieure à celle du bain, on fait une ablution rapide sur le corps du malade afin de l'habituer à l'eau froide et d'atténuer la réaction vive qui se produira à l'entrée au bain. Le malade est ensuite conduit à la baignoire dans laquelle il entre le plus souvent de lui-même, soutenu par des aides ; aussitôt son entrée dans la baignoire, il y est maintenu assis, et pendant que deux aides lui frictionnent légèrement les membres et le thorax, l'abdomen étant respecté, la personne chargée de surveiller le bain lui fait une première affusion d'eau à 10 ou 12 degrés sur la nuque, en faisant passer ainsi, sous forme de jet très peu élevé, le contenu de trois brocs d'eau. Cette affusion sur le bulbe aide puissamment le malade à supporter son bain et à en retirer le plus grand bénéfice ; elle est indispensable chez les gens âgés, malgré ce qu'elle a de pénible pendant les premiers bains. Le malade est enfin plongé dans la baignoire après avoir bu le contenu de l'un des verres préparés. Au bout de cinq à six minutes, on fait une nouvelle affusion sur la nuque, les cheveux ayant été relevés sur le sommet de la tête chez les femmes ; on fait boire de nouveau le malade, puis on le laisse dans le bain

squ'à l'apparition du frisson recherché ; après deux à trois inutes de frissonnement, on termine le bain par une nou-lle et troisième affusion d'eau froide sur le bulbe, et le alade est invité à sortir de la baignoire.

Pendant la durée du bain, qui est de quinze minutes, le alade a été, sans interruption, frictionné sur les membres le thorax, afin d'exciter la circulation périphérique. Pen-nt le bain, il a réussi à ingérer les liquides qu'on lui 'ait destinés, et il est sorti heureux et éveillé de son bain. n le conduit sur un lit préparé avec une couverture repo-nt sur une toile imperméable, il est vivement enveloppé cette couverture après avoir été légèrement essuyé ; on i offre un peu de grog ou de champagne, ou de xérès, ma-ga, porto, madère, vins généreux, suivant son désir, puis il st abandonné pendant un quart d'heure, vingt minutes, à n frisson, qui devra être prolongé malgré l'intensité qu'il ourra présenter.

On aura grand soin d'éviter de l'empêcher de se produire vec des couvertures et édredons, car il est voulu, cherché, t indique le bon effet du bain. Tout au plus mettra-t-on une ouillotte chaude aux pieds.

Au bout d'un quart d'heure de frissonnement, on prend la mpérature du malade qui est ensuite essuyé, habillé et lacé sur le décubitus latéral ; il ne tarde pas à s'endormir, on le laisse ainsi tranquillement reposer jusqu'à l'heure nouveau bain, ne l'invitant à boire que lorsqu'il est éveillé. procède pour le nouveau bain de la même manière ; on ra le soin de faire uriner le malade autant que possible nt les bains, afin de pouvoir recueillir les urines dans un al gradué, et inscrire la quantité émise dans les vingt-tre heures sur la feuille de température.

u'on examine son malade dans l'intervalle des bains, et pourra comparer son état avec celui des malades non bai-s. Le pouls est relevé, le cœur tonifié, l'adynamie ou l'a-

taxie et le délire atténués, la céphalée amendée, l'intelligenc revenue, le sommeil obtenu.

Grâce à ces bains, le malade a retrouvé la sensation de l soif, et boit facilement les boissons qu'on lui offre. Il arriv à ingérer 5 et 6 litres de liquides en vingt-quatre heures Notre maître Juhel-Rénoy conseillait de préparer pour chaqu jour :

Deux litres de lait cru et froid; bouilli, si l'on n'est pa sûr de sa provenance;

Un litre de bouillon léger, de veau ou de poulet;

Un litre de limonade vineuse;

Un litre d'eau fraîche ou d'eau légèrement minéralis servant à couper le cognac, le rhum ou les vins généreux le champagne.

Cette diète hydrique, cette alimentation liquide, suffit abo damment pour nourrir le malade pendant les vingt premie jours. On peut y joindre ensuite, lorsque les symptôm s'amendent, un ou deux jaunes d'œuf battus dans le bouillo et progressivement un ou deux potages au tapioca, d purées de viande, poulet haché, poisson bouilli, en mêm temps qu'on augmente le nombre des potages et des œuf à mesure que l'appétit devient plus grand. Ce régime nutritif, cette alimentation précoce si nécessaire au typhique d'un certain âge, l'empêche d'entrer en convalescence cachectisé et amaigri comme cela se voyait autrefois et se voit encore chez les gens non baignés. Mais, malgré la faim impérieuse du malade convalescent, on ne donnera une alimentation solide que très tardivement, après une apyrexie de plusieurs jours, et avec tous les ménagements qui sont recommandés dans cette affection.

Telle est la formule habituelle du bain pour les fièvres typhoïdes des gens âgés. Elle devra être instituée le plus tôt possible, car c'est surtout dans ces formes sévères que les complications redoutables ont tendance à se montrer, soit

du côté du cœur, du rein, du cerveau, du poumon, organes qu'on devra sans cesse surveiller, car à la moindre alerte, à la moindre menace, la formule générale sera modifiée et l'on passera du bain sédatif, calmant, au bain stimulant, au bain des moribonds de Glénard, pour revenir ensuite aux bains de toutes les trois heures, lorsque l'orage aura été calmé. Dans ces cas compliqués devenus des cas très graves, les bains devront être donnés plus fréquemment et systématiquement toutes les deux heures.

Voici la formule de ces bains stimulants :

Bains toutes les deux heures, de 24 à 20 degrés, progressivement refroidis à 18 degrés par des affusions très froides, de 8 à 10 degrés sur la nuque pendant toute la durée du bain, qui sera de huit à dix minutes. Le malade sera seulement assis dans la baignoire, massé et frictionné énergiquement sous l'eau. Le frisson sera nécessaire et prolongé ; l'alcool des grogs augmenté de 50 grammes et porté à 100 et 120 grammes. Avant chaque bain, on fera une injection sous-cutanée, tantôt d'éther, d'huile camphrée, de spartéine, de caféine (5 centigrammes à 15 centigrammes de sulfate neutre de spartéine, ou 1g,50 à 2 grammes de caféine dans les vingt-quatre heures).

Inhalation d'oxygène pendant et dans l'intervalle des bains. Vessie de glace sur le cœur et sur la tête, compresses glacées sur le thorax. Renouvellement fréquent de l'air de la chambre dont la température sera de 14 à 16 degrés.

Malgré ce que cette médication intensive paraît avoir de pénible pour le malade, pour la famille, il ne faudra pas se décourager ; il faudra se tenir tout prêt à recommencer si les complications reviennent.

Il faudra se rappeler, dans ces cas désespérés, condamnés, perdus en apparence, cette parole de Juhel-Rénoy : « Dans cette lutte longue, terrible, pourrait-on dire, il faut être soutenu par l'espoir, avoir été témoin de ces *résurrections* pour

On pourra, guidé par la courbe thermique et urinaire, général du malade, espacer les bains, en sauter un, trois, quatre, progressivement, le jour et la nuit, pour river à la cessation complète des bains qu'après l'apyr le bon fonctionnement des viscères, la reprise de l'ap On n'oubliera pas non plus que c'est surtout ces forme vères des gens âgés qui se prolongent et peuvent e jusqu'à deux cents bains; que c'est surtout chez les âgés qu'on aura à craindre les rechutes successives.

Avant de terminer ce travail, il est un point sur l nous voulons appeler l'attention : c'est la prise de l'obs tion notée quotidiennement au point de vue des sympt présentés, des effets produits par la médication, de la cc thermique, de la courbe urinaire, de la quantité des boi ingérées, etc.

On peut opérer de plusieurs manières.

Le plus souvent on se contente de faire une cour température avant et après les bains, toutes les autres sidérations étant inscrites sur un cahier ou des feuill lantes qu'il faut classer et qui peuvent s'égarer. Nous appris de notre regretté maître Juhel-Rénoy une pr excellente qui consiste à indiquer, sur une même feui température, tout ce que peut présenter le malade d

18e Jour — 19e Jour

Urines — Temp^re

Pouls 115 Resp. 30
Bain 20° Durée 12 minutes
Inj. Sparteïne
Bain d'affusion bien supporté
Frisson intense
Durée du bain 15 minutes
Bonne contraction cardiaque
Bain 18° Durée 15 minutes
P. 120 R. 35 Inj. Ether
Paleur pas de frisson
Cœur mou Inj. Sparteïne
Court frisson
Bain mieux supporté
P. 120 R. 35 Inj. Ether
Rhythme pendulaire Bain 18° 15 min
Affusion pendant tout le bain
un peu de frisson
Cœur toujours défectueux
Malade boit moins
Frisson
Diurèse abondante
Cœur meilleur
P. 110 R. 30
Paleur Inh. oxygénée
Rhythme fœtal
Vessie de glace sur le cœur
Inj. Sparteïne
Inj. huile camphrée

5 500 — 40
5 000
4 500 — 39
4 000
3 500 — 38
3 000
2 500 — 37
2 000
1 500 — 36

Frisson

Albumine

Boissons
Cinq litres en 24 heures

Léger nuage d'albumine

Boissons Cinq litres
Cognac 100 grammes

T. avant le bain — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après — avant — après

Heures des Bains: 2 heures matin — 5h — 8h — 11h — 2h — 5h — 8h — 11h soir — 2 heures matin — 4h — 6h — 8h — 10h — midi — 2h — 4h — 6h — 8h — 10h — minuit

E. OBERLIN

Bains toutes les 3 heures — Bains toutes les deux heures

10 juin — 11 juin

cessivement collées les unes à côté des autres, permettrai
de voir d'un seul coup d'œil les progrès de l'affection.
spécimen que nous joignons à ce travail en dira beauco
plus que ce que nous pourrions écrire sur le sujet. Il rep
sente deux jours quelconques de bains, l'un, bains calmai
donnés toutes les trois heures, l'autre, bains stimulai
donnés toutes les deux heures. Les annotations artificiel
sont simplement marquées pour indiquer la place que pe
occuper chacune des notes importantes qu'on peut avoi
recueillir.

CONCLUSIONS.

Nous formulerons ainsi les conclusions de ce travail :

La balnéothérapie est la seule méthode de traitement q
puisse rendre des services dans les formes sévères de
fièvre typhoïde.

Son application est d'une facilité extrême pour le médec
et pour un aide intelligent à qui le praticien la fera co
naître.

La dépense à faire est très minime, puisqu'il suffit d'un
baignoire louée ou achetée, et d'eau froide qu'on trou
partout.

Ni la famille, ni le malade, ne refuseront d'avoir recou
au traitement par les bains froids, lorsque le médecin tr
tant aura assez d'autorité pour faire comprendre à l'ent
rage du malade que la balnéothérapie est la seule médicati
qui permette de sauver l'intéressé dans ces cas désespér
Les complications qui mettent la vie du malade atteint
fièvre typhoïde en danger survenant surtout chez les g
ayant dépassé la quarantaine, la balnéothérapie devra ê
commencée et pratiquée systématiquement dès le début
l'affection ; elle sera un moyen préventif sûr contre ces co
plications. Elle abrégera d'ailleurs de beaucoup la durée
la maladie et de la convalescence.

On commencera par donner le bain sédatif, calmant, tonique, diurétique, à 18 ou 20 degrés toutes les trois heures, d'une durée de douze à quinze minutes, avec affusions froides sur le bulbe, au début, au milieu et à la fin de chaque bain.

S'il survient une menace d'affaiblissement du côté d'un organe noble, cœur, rein, cerveau, poumon, compromis dans sa fonction physiologique nécessaire pour lutter contre l'infection, on prendra immédiatement la médication intensive : bains toutes les deux heures, à 18 degrés, d'une durée de huit à dix minutes, avec affusion à 10 degrés sur la nuque pendant toute la durée du bain stimulant. On y ajoutera la vessie de glace sur le cœur et le cerveau, les compresses glacées sur le thorax. Cette réfrigération continue sera faite jusqu'à ce que les accidents menaçant la vie du malade se soient amendés, et l'on reprendra ensuite le bain ordinaire des trois heures, en diminuant progressivement le nombre des bains jusqu'à l'apyrexie complète, le bon état des viscères et l'entrée franchement en convalescence,

A ces conditions seulement, on pourra éviter de graves complications chez les typhiques âgés et arracher à une mort certaine ces typhiques compliqués, considérés comme désespérés.

A ces conditions seulement, on pourra obtenir ces véritables résurrections dont parlait Juhel-Rénoy, résurrections qu'il savait si bien obtenir, comme nous avons pu nous en rendre compte par les exemples qui sont passés sous nos yeux lorsque nous avions l'honneur d'être son élève.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

SERVICE DE M. ALBERT ROBIN.

(Hôpital de la Pitié.)

Traitement des accidents hépatiques d'origine paludéenne.

Les gros foies et les grosses rates d'origine paludéen représentent les accidents paludiques les plus fréquents ch les malades qui arrivent de pays à fièvre. Il arrive ass rarement aux médecins qui n'habitent pas les pays à mal ria d'ignorer, faute d'usage, les traitements de la fièvre p ludéenne, et cela n'a pas d'inconvénient, puisqu'ils n'o jamais de malades de ce genre à traiter; mais il peut toujou leur arriver des sujets chez lesquels les accès ont dispar et qui restent toujours sous le coup de l'infection et so porteurs d'une congestion du foie d'origine malarienne.

Or, ces malades sont très difficiles à guérir, et, dans cas, on peut dire que le sulfate de quinine, presque toujou administré par ignorance, est sans aucun effet.

Le quinquina, au contraire, donne de bons résultats condition d'être associé, dans un traitement complexe prolongé, à l'arsenic, au fer et à l'hydrothérapie.

Le traitement doit être ordonné de la manière suivante :

1° Matin et soir une cuillerée à soupe de la solution :

Eau	300 g,00
Arséniate de soude	0 ,05

Chaque cuillerée à soupe contient 2 milligrammes et de d'arséniate de soude.

2° Prendre en une ou deux fois par jour, dans une in sion de café noir, de préférence après le repas, un paqu

Poudre de quinquina jaune	ãa 4 grammes.
— — rouge	

Faire trente paquets semblables.

Il arrive souvent que les malades ne peuvent supporter la pâte fluide ainsi formée ; on ordonne alors, par jour, huit à dix bols ainsi formulés :

Poudre de quinquina gris	ãã	0g,12
— — jaune		
Extrait de quinquina		0 ,25

Pour un bol ; faire soixante bols semblables.

3° Tous les matins, une douche froide.

Commencer par un jet direct appliqué rapidement sur la colonne vertébrale, puis terminer par un jet brisé percussif sur le foie et la rate.

Ce traitement doit être pratiqué pendant un mois ; au bout de ce temps, tout en continuant l'hydrothérapie, on suspendra l'arsenic et le quinquina, qu'on remplacera par une préparation ferrugineuse. Au bout d'un mois, on reprendra le premier traitement et l'on alternera ainsi de mois en mois jusqu'à disparition totale des accidents, lesquels peuvent se prolonger fort longtemps.

VARIÉTÉS

La thérapeutique de Broussais ;

Par le docteur Ch. FIESSINGER, d'Oyonnax.

I

Le dédain dont les contemporains accablent Broussais enveloppe une légitime satisfaction : se débarrasser de la gloire d'autrui est toujours agréable. Et puis, Laënnec ne nous a-t-il pas donné l'exemple ? C'est de très haut qu'il toise les doctrines de son rival.

Or, n'en déplaise à la postérité, la face ardente de Broussais n'est pas si défigurée qu'il semble, par les attaques qui

avaient tâche d'y imprimer des flétrissures indélébiles. La thérapeutique de Broussais avait sa raison d'être : les spoliations sanguines, l'abstinence, les boissons émollientes et acidules combattaient l'intoxication par déchets cellulaires ou toxines microbiennes, et cela, Laënnec ne l'avait pas prévu. Adversaires acharnés, les deux maîtres restent debout, victorieux sur leurs positions. Le legs de Laënnec nous est parvenu intact, et les recherches modernes ne l'ont pas entamé. Le souffle d'apôtre que Broussais apportait à la diffusion de ses idées projette des lueurs de vérités qui avaient échappé à ses détracteurs.

L'effacement temporaire subi par la personnalité de Broussais était un phénomène obligé : le promoteur de la médecine physiologique était riche d'idées. Toute idée, en science, étant une interprétation, c'est-à-dire l'effet d'une conception individuelle, ne s'impose pas de par sa propre force. Lorsqu'elle n'éblouit pas comme le trait d'une intuition géniale, l'idée s'éteint avec son auteur. L'oubli les ensevelit tous deux.

Le fait, au contraire, une fois signalé, frappe les sens. Une constatation anatomique n'est guère, dans sa sécheresse, matière à controverse. L'esprit le plus médiocre est à même d'apprécier la structure d'un tissu. Un fait, cela se voit; une idée, cela se comprend. Bien vue, une chose n'est guère modifiable dans ses grandes lignes ; c'est ce qui différencie le fait de l'idée. L'idée n'est pas seulement fonction d'un sens tel que la vue; elle reflète surtout une synthèse intellectuelle.

Il est entendu que nous ne parlons pas de celui qui découvre le fait, mais de ceux qui le constatent après lui. Confirmer un fait est plus aisé que saisir la portée d'une idée. Il faut entrer par la méditation dans le cerveau qu'on veut comprendre, et cela n'est pas dispensé à chacun. L'orgueil humain a tourné cette difficulté : il déverse le ridicule sur

ce qui dépasse l'entendement. Si Laënnec a été grand observateur de faits, Broussais a été grand créateur d'idées. Le génie qui découvre un fait est compris de ses contemporains; le génie qui enfante des idées est souvent méconnu. C'est que le fait vit d'une vie immédiate : l'idée géniale enferme le fait en prescience. Elle ne prend son vol que du jour où le fait prévu est réalisé. Ce jour se lève pour Broussais. Juger ce polémiste par le haussement d'épaules coutumier est d'une critique un peu cavalière. Moins superbe est le geste de feuilleter l'œuvre du grand réformateur.

II

Dans le domaine thérapeutique, que de vues justes à glaner ! Sans doute le mot employé n'est pas toujours exact : *gastrite* remplace communément le terme *trouble stomacal*. Le pauvre Broussais a appris aux dépens de sa gloire qu'on ne se trompe pas impunément de mots. L'humanité ne raisonnant guère que sur des mots, l'ampleur de l'idée reste d'ordinaire méconnue derrière l'impropriété du terme. Cela a été le sort de Broussais.

Aujourd'hui que les passions se sont dissipées dans le recul du temps, plus d'un applaudira telle conception thérapeutique qu'abrite une étiquette mal venue.

On sait l'importance que l'auteur attribue à l'inflammation. Il est toujours dangereux, dit-il, de ne pas arrêter une inflammation à son début. La saignée sera l'arme de choix. L'abstinence, les boissons émollientes et acidules, les révulsifs maintiendront pendant une période de succès inégale les effets de la déplétion sanguine.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on apprécie les bénéfices d'une hémorragie au début d'une pyrexie. Hippocrate avait signalé le fait. Broussais s'en est emparé. Avec sa doctrine des fièvres essentielles liées à la gastro-entérite, c'était là double motif de tirer la lancette : l'action favorable des hé-

Les phlegmasies anciennes, l'état anémique du sujet d
nent des contre-indications formelles. On surveillera l'
cation des sangsues chez les enfants ; l'énergie de l'imp
cardiaque dans le jeune âge risquant de prolonger l'h
ragie d'une peau richement irriguée.

En face de pareilles propositions, le clinicien s'in
Il garde une attitude plus froide au conseil de pous
saignée jusqu'à la syncope dans les inflammations réc
Les sujets avaient beau être vigoureux et jeunes, nou
férons ne pas renouveler l'expérience.

Des axiomes d'un sens clinique très avisé s'empr
d'atténuer cette assertion de l'innocuité dont jouiraie
certaines occasions, les soustractions sanguines exag
Nous saluons en Broussais un précurseur de génie qu
préconise le froid dans le traitement du typhus, le t
étant, pour l'auteur, une gastro-entérite aiguë tombé
la stupeur, le fuligo, la lividité. Utilisé dès le début
phus, le froid est supérieur aux saignées. Il faut le pr
à l'intérieur et à l'extérieur. On évitera ainsi l'affai
ment provoqué par une perte de sang. Le danger est
de saigner un organisme aux prises avec le poison p
du typhus.

Voilà, certes, une affirmation dont les typhiques o

personnes saines et leur communiquer sa maladie s'il est renfermé dans un local étroit et si ses émanations sont stagnantes autour de lui. Mais s'il est placé dans un lieu sain, bien aéré, cette communication est difficile. »

Broussais épidémiologiste mérite d'être cité. Il est moins remarquable que Broussais spécialiste des maladies de l'estomac.

De par ses fonctions, l'estomac est un organe fréquemment irrité. Au clinicien de ne pas aggraver cette irritation. Les purgatifs sont dangereux ; les spoliations séreuses qu'ils déterminent sont accompagnées d'une irritation préjudiciable au malade. La thérapeutique doit se borner à guérir les maladies : inutile d'en créer. Que de fois le traitement antisyphilitique n'est-il pas coupable de semblable méfait ? Le patient meurt guéri de sa syphilis, tué par la gastrite médicamenteuse. La crainte qui poursuivait Broussais d'exaspérer l'irritation stomacale lui faisait même, dans la fièvre intermittente, administrer le quinquina par la voie rectale.

S'il eût connu la médecine hypodermique, il en fût devenu un adepte enthousiaste. Il n'eût pas été réduit à ordonner la teinture alcoolique de quinquina en frictions sur la peau.

Ménager l'estomac est le souci majeur du thérapeute. L'estomac délabré est une porte ouverte aux complications de tout genre : l'hypocondrie s'installe ; heureux le malade qui échappe à la phtisie pulmonaire. Au cas où les sympathies morbides ne s'éveillent pas dans le cerveau ou le poumon, le patient a assez à faire de se défendre contre les lésions locales menaçantes : le squirre, le ramollissement, la perforation de l'estomac.

La doctrine des sympathies morbides que sollicite le trouble stomacal renferme en germe les doctrines des auto-intoxications et des réflexes d'origine gastrique. Broussais a esquissé l'ébauche de l'œuvre que Bouchard et puis Albert

Robin ont parfaite soixante ans plus tard. Telle phrase du médecin de la grande armée rappelle à s'y méprendre la manière de dire de nos contemporains.

Lisez plutôt les lignes suivantes ? : « L'indication de relever les forces par une alimentation copieuse ne se tire ni de la maigreur ni de la faiblesse, mais uniquement de la rapidité de l'assimilation et de la prédominance de la composition sur la décomposition ». Ce précepte a été émis en 1820.

III

Toutes les théories sont fausses, objectait-on à Broussais. Et Broussais de répondre qu'on avait raison. Il ne faisait pas de théories, lui ; il observait, et sur ses observations édifiait des procédés de guérir. Broussais, se défendant d'être un théoricien est un de ces traits qui trahissent l'homme ignorant de soi. Comment aurait-il pu se connaître ? Le tumulte des guerres impériales qu'il suivait en sa qualité de chirurgien avait violemment secoué sa sensibilité émotive naturellement vibrante. La paix conclue, l'excitation orageuse du milieu lui devint un besoin. Les polémiques dans lesquelles il jeta sa fougue exubérante écartèrent de lui l'atmosphère calme que recherche le penseur replié sur l'analyse de ses sensations. Sollicité par sa passion de combativité, il s'élançait au fort de la mêlée, multipliant les coups, et dans son emportement, ne prenait garde aux côtés vulnérables de sa personne que découvrait son geste de batailleur acharné à la riposte, rebelle à percevoir ses blessures.

Ce refus d'avouer la valeur des critiques qu'on lui opposait faisait la part vraiment belle aux ennemis de Broussais. Sa parole enflammée électrisait les assistants : le prestige s'évanouissait. l'orateur disparu. L'envie ravala l'intelligence d'une conception dont les points faibles apparurent avec les progrès de la science. Le monument de la médecine physiologique se lézarda. Broussais mort, ce fut l'effondre

ment. La réaction s'opéra furieuse, exultante. Elle piétina les débris de cette œuvre grandiose. Dans les éclairs du génie, elle ne vit que des propositions fantaisistes.

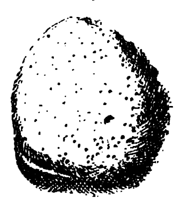
Les extraits que nous avons donnés de l'œuvre de Broussais témoignent que ce jugement est à réformer. Laënnec est resté grand. Broussais se relève et, sur la grisaille des intelligences, resplendit superbement.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Ablation d'un calcul très volumineux de l'amygdale. — Traitement du cancer par la sérothérapie. — Traitement des abcès costaux par les injections de teucrine. — Traitement de l'iléus par calculs biliaires.

Ablation d'un calcul très volumineux de l'amygdale. — Le docteur Anthelme Combe, en son nom et en celui du docteur Dubousquet, a présenté à l'Académie (séance du 28 mai 1895) une note sur les calculs de l'amygdale. Il a





présenté un de ces corps étrangers, du volume d'une petite noix, qu'il pense être le plus gros de ceux dont les observations aient été enregistrées jusqu'ici. Il insiste sur la formation de ces calculs dans les cryptes tonsillaires, qui auraient toujours pour noyau central un corps étranger autour duquel sont venus se déposer des sels de chaux et de magnésie, des dépôts de mucus de la gorge et de la bouche, etc.

Une coupe de ce calcul met parfaitement à nu le point central qui, dans ce cas, était une de ces petites masses de matière caséeuse, semblable à un grain de riz, s'écrasant sous le doigt, exhalant une odeur fétide, qui sont sécrétées dans les cryptes des amygdales.

L'analyse du calcul, faite par le docteur Berlioz, donne les chiffres suivants rapportés à 100 :

Eau	5g,90
Matières organiques	19 ,00
Phosphate de chaux	48 ,76
Phosphate de magnésie	22 ,88
Carbonate de chaux	5 ,46
Fer	Traces appréciables.

La composition de ce calcul présente donc une grande analogie avec celles des rhinolithes, calculs qu'on retrouve parfois dans les fosses nasales, et qui ne sont d'ailleurs aussi que des calculs secondaires, c'est-à-dire formés autour d'un corps étranger, noyau de cerise, haricot, etc.

Les auteurs mettent en parallèle les accidents graves que, souvent, occasionnent ces calculs (ulcérations, abcès, phlegmons), et en d'autres circonstances, la tolérance parfaite de l'amygdale.

Pour MM. Anthelme Combe et Dubousquet, les amygdalites à répétition sont presque toujours dues à la présence, dans les cryptes, de ces noyaux de matière caséeuse qui servent de point de départ à l'inflammation de la glande et provoquent des abcès.

Il y a lieu d'instituer toujours un traitement médical consistant en gargarismes antiseptiques à base d'acide phénique, de phénosalyl ou de saccharine, et un traitement chirurgical absolument nécessaire, *la discision*, qui consiste à diviser, à l'aide d'un crochet mousse, les lacunes de l'amygdale qu'on cautérise ensuite au thermo-cautère.

Deux ou trois séances suffisent pour arriver à la guérison

complète. Quant au traitement des calculs mêmes, il est purement chirurgical. Après avoir dégagé, au bistouri, les bords anfractueux de la glande, on retirera le calcul à l'aide de pinces à griffes; des lavages antiseptiques fréquents permettront d'atteindre rapidement la guérison sans complications.

Traitement du cancer par la sérothérapie (Communication à l'Académie des sciences de MM. Richet et Héricourt). — Les auteurs ont pris un ostéo-sarcome de la jambe; la tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau; le liquide fut filtré et injecté à un âne et à deux chiens. L'injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après, le sang de ces animaux fut pris pour en recueillir le sérum qui servit à pratiquer des injections chez deux malades. Le premier cas est celui d'une femme opérée par M. Terrier d'une tumeur du sein qui récidiva six mois après. Les injections de sérum furent faites autour de la tumeur, dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 centimètres cubes, pendant quarante jours, et furent suivies d'une diminution des deux tiers de la tumeur, d'une amélioration sensible de l'état général, la malade ayant engraissé d'une façon appréciable. Le deuxième cas est celui d'un malade de M. Reclus, âgé de quarante-quatre ans, atteint d'une tumeur épigastrique diagnostiquée cancer de l'estomac. On injecta 4 centimètres cubes de sérum par jour pendant seize jours. Ces injections furent rapidement suivies d'une diminution considérable de la tumeur et d'une amélioration notable de l'état général. Ces deux observations montrent que le sérum anticancéreux peut donner les résultats merveilleux dans les cas de cancer.

Traitement des abcès costaux par les injections de teucrine (Communication à la Société de chirurgie, séance du 1er mai, Dr Quenu). — Depuis plusieurs années, le docteur Quenu a essayé, avec succès, les injections de teucrine dans les

adénites tuberculeuses et les abcès froids, suivant la méthode c
professeur Mosetig Moorhof. M. Quenu présente un mala
atteint d'abcès froid costal, la lésion osseuse ayant été reconn
au stylet, et montre les bons effets des injections de teucrine da
le traitement des abcès froids. Le malade a subi six injections
teucrine, de 3 grammes chacune, du 15 décembre à la fin
février, et est aujourd'hui complètement guéri.

De la cholédocotomie par la voie lombaire (Communica tion du docteur Tuffier à la Société de chirurgie : séance d 15 mai 1895). — L'auteur, se basant sur dix opérations cadavé riques qui ont toutes réussi par cette nouvelle voie, cholédoco tomie par la voie lombaire, règle ainsi le manuel opératoire :

« Placez le sujet sur le flanc gauche, un coussin sous le flanc pour faire bomber le côté droit ; placez-vous du côté de la fesse et pratiquez mon incision de néphrectomie (partant de l'angle de la douzième côte et de la masse sacro-lombaire et s'étendant à 15 centimètres en dehors. Elle est située à un travers de doigt au-dessus et parallèlement à cette côte). Découvrez l'extrémité inférieure du rein, remontez-le et maintenez-le bien sous les fausses côtes. Vous avez devant vous la seconde partie du duodénum et le pancréas, avec le cholédoque ; tirez en dehors cette seconde portion pour amener vers vous la tête du pancréas et l'éloigner de la veine cave. Les choses étant ainsi, mettez l'index gauche sur le bord supérieur de la tête du pancréas, la pulpe toujours en dedans, vous sentez un cordon. C'est le cholédoque et ses petits vaisseaux ; une sonde cannelée et une longue pince vous permettent d'isoler le cordon blanchâtre, de l'explorer et de l'inciser. Suturez si vous pouvez. En tout cas, drainez. »

Cette nouvelle voie pour la cholédocotomie n'a pas encore été essayée sur le vivant ; elle paraît présenter certains avantages : extra-péritonéale, elle détermine une fistule négligeable, quand elle a lieu, puisqu'elle est aussi extra-péritonéale. De plus, le cholédoque est facilement exploré dans toute sa longueur e

surtout dans sa portion rétroduodénale si difficile à aborder en avant.

Traitement de l'iléus par calculs biliaires, par le docteur Galliard. — Le docteur Galliard, médecin de l'hôpital Tenon, dans un travail paru dans la *Presse médicale* du 18 mai 1895, sur l'iléus par calculs biliaires, en formule ainsi le traitement :

Traitement médical. — Éviter les purgatifs qui sont nuisibles. Les lavements sont indispensables pour vider le gros intestin. User modérément des grandes irrigations. Éviter de stimuler outre mesure les contractions de l'intestin, d'exaspérer le spasme. Pour ce : opium, morphine, belladone. Pas de lavage de l'estomac. Palpation prudente de l'abdomen, mais pas de massage. L'électrisation est peu utile. Le procédé de choix est la laparotomie qui, d'exploratrice, pourra devenir active et indiquer l'entérotomie, voire même la cholédocotomie. C'est au médecin d'établir les médications de la cure chirurgicale, et au chirurgien d'agir suivant les indications fournies par la laparotomie.

Pharmacologie générale.

De l'influence de l'alcool sur la décomposition de l'albumine organique. — Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le chloroforme.

De l'influence de l'alcool sur la décomposition de l'albumine organique (Z. Donogány et N. Tibáld, *Ungarisches Archiv für Medicin*, B. III, Heft 2, 1894). — Voici les résultats des expériences entreprises par l'auteur :

1° L'alcool influence notablement les échanges; absorbé à petites doses, il augmente la quantité d'azote éliminé; cette augmentation atteint 3,4 pour 100 (= 0gr,04 par kilogramme d'animal); donné à doses élevées, il diminue, au contraire, l'élimination de l'azote à 12 pour 100 environ (= 0gr,41 par kilogramme d'animal).

2° L'alcool pris à petites doses augmente, non seulement la quantité absolue d'acide urique, mais aussi sa proportion d'azote total ; cette augmentation va jusqu'à 37,8 pour 100. Les doses élevées d'alcool n'influencent pas notablement l'élimination de l'acide urique.

3° En règle générale, l'élimination de l'acide phosphorique va parallèlement à celle de l'azote.

4° Les doses moyennes et petites d'alcool font augmenter la quantité totale de phosphore de 12 pour 100, tandis qu'elle diminue de 13 pour 100 après l'administration des doses élevées d'alcool ; ici aussi, les variations sont parallèles aux variations dans la quantité d'azote éliminé.

5° La diurèse, augmentée par de petites doses d'alcool, est diminuée par des doses élevées.

Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le chloroforme (Henry E. Tuley, communication à l'Académie de médecine de Louisville, séance du 18 mars 1895 ; *Journal of American medical Association*, 13 avril 1895, p. 549 et 550). — Il s'agit d'un homme robuste de trente ans, soumis à la narcose chloroformique pour être opéré d'une fistule à l'anus. Période d'excitation très bruyante ; sommeil tranquille pendant presque toute la durée de l'opération, avec un pouls de 84, et cœur tout à fait normal. On a employé en tout 20 grammes de chloroforme.

Vers la fin de l'opération, sans cause appréciable aucune, tachycardie énorme (plus de 200), pouls filiforme, incomptable ; respiration normale. Pansement rapide, injection sous-cutanée de 0g,0006 de nitroglycérine, et le malade fut porté au lit. Une heure plus tard, nouvelle injection sous-cutanée de nitroglycérine (0g,0024), d'atropine (0g,0006) et de strychnine (0g,00188) ; les battements cardiaques continuèrent à être aussi précipités qu'avant l'injection. Application de compresses chaudes à la région précordiale, et de bouteilles d'eau chaude aux pieds. Le malade ne se plaignit de dyspnée que pendant quelques minutes. Pouls

radial incomptable. Trois heures plus tard, injection sous-cutanée le morphine (0g,015) et application de glace sur la région précorliale. Pouls radial toujours incomptable, mais battements carliaques plus lents (160); respiration normale. Deux heures et emie plus tard, les battements cardiaques ayant atteint de noueau le nombre de 200 par minute, seconde injection de morhine (0g,015); une heure plus tard, le pouls descendu à 97 par minute, sommeil tranquille. Le pouls pris pendant la nuit, heure en heure, montra 98, 92, 88, 80, 81, 78, 78 par minute. uérison complète.

Le malade raconta ensuite qu'il était atteint, de temps en temps, e tachycardie plus ou moins accusée, avec, une ou deux fois, erte de conscience pendant ces attaques. Il fume beaucoup et buse passablement des liqueurs spiritueuses.

Ce fait est intéressant, d'abord par sa rareté extrême, et ensuite arce qu'il démontre clairement que, pendant la narcose chloroformique, il faut faire grande attention au pouls, et ne pas se eposer simplement sur la respiration toute seule; à n'en pas outer, si l'on avait continué à administrer le chloroforme, sans e soucier de l'état du pouls, le sujet aurait succombé. Peut-être, ussi, lui a-t-on administré trop de chloroforme? En tout cas, endant la narcose, il ne faut pas perdre un seul instant de vue e pouls, et s'arrêter dès qu'on le sent devenir irrégulier, affaibli u par trop accéléré.

Maladies des articulations.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — Sur les résultats du traitement chirurgical des arthropathies d'origine nerveuse.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche (Holsted, *Annals of Surgery*, 1894). — D'après l'auteur, la qualité de la marche ne dépendrait nullement du degré de raccourcissement. Le raccourcissement s'accuserait avec l'âge des malades.

au procédé opératoire de Hoffa qui a à son actif des succè
lants. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, avril 1895,
et 226). Il est à remarquer qu'au vingt-cinquième congrè
Société allemande de chirurgie tenu à Berlin (séance du 1
soir; voir *Semaine médicale*, 1895, n° 21, p. 177), Ho
firme que la réduction opératoire de la luxation congénital
hanche ne peut avoir de succès qu'au prix d'un traitement
cutif par le massage et la gymnastique. Le massage et le
cices doivent être longtemps continués, et le résultat ne pe
considéré comme satisfaisant que lorsque les muscles abdu
et en particulier le moyen fessier, qui sont dans un état d'at
plus ou moins marquée après l'opération, ont recouvré leur
tions normales. L'abaissement du bassin du côté sain ne s
duit plus alors si le patient se tient debout sur la jambe
Il se prononce en outre pour l'incision antérieure de Lore
décrit (*id.*, *ibid.*) comme suit son procédé opératoire : l'i
est pratiquée en avant du grand trochanter, entre le tens
fascia lata et le moyen fessier ; on peut ainsi arriver commo
sur la face antérieure de la capsule articulaire sans léser
muscle important. De même on ne rencontre aucune sérieu
ficulté dans le temps de l'opération consistant à reconstitu
cavité cotyloïde, dans laquelle viendra se loger la tête fé
abaissée par l'extension préalable au moyen d'un appareil
qui amène graduellement la tête fémorale en face de la

de n'intervenir d'abord que d'un seul côté et d'attendre le résultat définitif avant de tenter la seconde opération.

Sur les résultats du traitement chirurgical des arthropathies d'origine nerveuse (P. H. Schoonheid, thèse de Heidelberg, 1894). — Après avoir analysé les deux observations de *Kortweg*, l'auteur émet les conclusions suivantes, quant au traitement chirurgical des arthropathies de cause nerveuse :

On peut être tout à fait sûr que les lésions des *parties molles* se cicatrisent bien toutes les fois que l'on pratique des opérations sur les articulations des névropathes ; tout de même, il vaut mieux traiter le plus longtemps possible par l'expectation les formes légères de ces arthropathies.

La consolidation des os réséqués n'ayant eu lieu que dans le seul cas de V. Bergmann, l'auteur se prononce en principe contre la résection des os des membres inférieurs ; de même on se gardera bien de pratiquer la résection des os des membres supérieurs, ainsi que l'arthrotomie ou l'arthrectomie aux membres supérieurs aussi bien qu'aux membres inférieurs. En effet, dans les cas semblables il arrive assez souvent que la cicatrice finit par s'amincir de plus en plus ; il se forme une fistule qui donne du pus. Vu les dangers spéciaux inhérents à l'intervention chirurgicale chez des tabétiques (marche plus rapide de l'affection, manie, rétention d'urine, cystite, pyélonéphrite), on n'entreprendra que des opérations chirurgicales radicales et, par suite, en règle générale, on n'aura recours qu'à l'amputation ; quant aux indications de cette opération sanglante, les voici en quelques mots : on opérera le plus tôt possible toutes les fois que les appareils orthopédiques n'améliorent qu'en partie l'état des malades ; a-t-on affaire à des complications telles que suppuration, douleurs, tuberculose, etc., l'opération sera pratiquée sans tarder une seule minute. (*Therapeutische Monatshefte*, mars 1895, p. 157.)

Tuberculose.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injec de naphtol camphré (Communication du docteur Catrin Société médicale des hôpitaux, séance du 3 mai). — Le do Catrin a traité un malade atteint de péritonite tuberculeu l'injection intra-abdominale de 10 grammes de naphtol cam

Une première ponction de 4l,200 de liquide avait été f cause des phénomènes asphyxiques.

L'épanchement s'étant reproduit, on fit une deuxième tion qui donna 4l,200 de liquide citrin, puis 10 gramm naphtol camphré furent injectés. L'injection fut suivie réaction assez vive, douleurs abdominales, fièvre, tendanc nausées; les phénomènes réactionnels persistèrent pendant jours et, au niveau de l'injection, on trouva bientôt, à la p tion, un gâteau péritonéal en voie de formation. Bien que l' tion fût surtout pulmonaire, l'amélioration survenue ch malade, la formation rapide du gâteau intestinal parai favorables à ce mode de traitement.

REVUE DES LIVRES

Maladies de la peau.

Diagnostic et Traitement de la pelade et des teignes de l'enfan le docteur R. Sabouraud. Paris, 1895. Un volume de 345 pages 22 figures, dont 7 en couleurs hors texte. Rueff et Ce, éditeurs.

Depuis quelques années, le nombre des cas de pelade augme le traitement de cette affection continue à faire le désespoir du cin. L'auteur, dans son nouveau traité de la pelade et des teigne dantes, indique le moyen de diagnostiquer et de différencier les f diverses de ces maladies des poils et des cheveux. Pour chacune affections, l'auteur indique les moyens prophylactiques propres pêcher la contagion de se propager et à prévenir les épidém

›nne le traitement rationnel de la maladie caractérisée et différenciée, ıaque forme ayant un traitement particulier.

Ce livre est un véritable manuel de diagnostic et de traitement cable de rendre de réels services au médecin.

Leçons sur les maladies de la peau, faites à la Faculté de médecine et 'hôpital Saint-Louis par le docteur GAUCHER. Un volume de 830 pages ec figures dans le texte. Prix : 12 francs. Paris, 1895. O. Doin, iteur.

Cet ouvrage, comme le dit l'auteur dans sa préface, est la reproducn intégrale de quarante-deux leçons faites à la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis en 1893. Le docteur Gaucher y traite *les af- :tions de la peau les plus communes*, par conséquent, celles qui intéısent le plus particulièrement l'élève et le praticien.

Chaque affection y est traitée d'une façon très complète et avec un in méthodique qui permet au lecteur d'y puiser les connaissances lispensables de dermatologie. Il y trouvera également la partie qui ntéresse au plus haut point, celle du traitement de ces affections cuıées parfois si rebelles à toute thérapeutique.

C'est un livre classique qui fera partie de toutes les bibliothèques de itudiant et du médecin.

Gynécologie.

Manuel des maladies des femmes, par A. LUTAUD, médecin adjoint de :int-Lazare. Un volume de 508 pages, troisième édition. Paris, 1895. ıtaille, éditeur. Prix : 8 francs.

Cette nouvelle édition du *Manuel des maladies des femmes*, du docur Lutaud, contient 418 figures dans le texte, et met le praticien et lève au courant des procédés opératoires récemment introduits dans pratique gynécologique. Les procédés de diagnostic et les nouvelles éthodes d'exploration, ainsi que les traitements les plus récents y nt décrits avec soin. Le lecteur y trouvera à la fin du volume un mento-formulaire lui indiquant les formules les plus usuelles emyées par les gynécologistes.

Ce livre est un véritable manuel de gynécologie opératoire aussi bien a portée de l'élève que du praticien.

Pédiatrie.

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants, par le docteur WEILL. Un volume de 390 pages. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

es affections du cœur chez l'enfant sont en général confondues avec es de l'adulte dans les traités classiques de pathologie.

Un livre particulier sur les cardiopathies de l'enfance s'impos le traité clinique du professeur agrégé de Lyon vient à temps coı cette lacune. Les maladies infantiles sont celles que le praticien e: pelé à traiter le plus souvent dans sa pratique journalière, et le decins liront avec plaisir ce nouveau traité. L'auteur, après avoir in l'examen du cœur chez l'enfant, décrit les cardiopathies congéı et acquises de l'enfance avec leur traitement, et donne des rense ments sur les caractères différents des maladies du cœur du jeuı et celles de l'adulte. Cette série de leçons cliniques constitue un ! la fois scientifique et pratique.

La Mort apparente du nouveau-né, par le docteur DEMELIN. S d'éditions scientifiques. Paris, 1895. Prix : 3 francs.

Ce volume fait partie de la *Petite Encyclopédie médicale* et couronné par l'Académie de médecine, prix de l'Hygiène de fance, 1894.

L'auteur, chef de clinique d'accouchement de la Faculté de méd décrit la mort apparente du nouveau-né avec ses formes diver montre que le traitement est variable comme ses formes.

Le Guide maternel ou l'Hygiène de la mère et de l'enfant, par l teur A.-E. SELLE. Paris, 1895. Société d'éditions scientifiques. U lume de 200 pages. Prix : 4 francs.

Ce guide s'adresse surtout aux jeunes femmes et principalemen jeunes mères. C'est une deuxième édition qui sera certainemeı cueillie par toutes les familles soucieuses de la santé de leurs en Les jeunes femmes y trouveront les conseils hygiéniques qui leu mettront de mener à bien leurs grossesses, d'éviter les accident fectieux qui peuvent survenir après l'accouchement, tant pour la mère elle-même que pour son enfant. La jeune mère y puisera (ment les meilleurs moyens hygiéniques et les excellents conseil cessaires pour la santé du bébé. Ce livre, orné de figures dans le doit faire partie de la bibliothèque de la mère de famille soucieu la santé de ses jeunes bébés.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CENT VINGT-HUITIÈME.

M

N

O

P

Q

PARIS — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 179.12.95.

'ONDÉ PAR
IQUEL
1831.

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895.

DE

'HÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE
ET PHARMACEUTIQUE

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

ALBERT ROBIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
ROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COMITÉ DE RÉDACTION

H. HALLOPEAU
bre de l'Académie de médecine
lecin de l'hôpital Saint-Louis
rofesseur agrégé à la Faculté
de médecine.

G. BOUILLY
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine.

F. HEIM
Professeur agrégé d'histoire
naturelle médicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Docteur ès sciences.

RÉDACTEUR EN CHEF

G. BARDET

ASSISTANT DE THÉRAPEUTIQUE A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

TOME CENT VINGT-NEUVIÈME

PARIS
OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT
PLACE DE L'ODÉON, 8

1895

INAUGURATION DU BUSTE DE DUJARDIN-BEAUMETZ

A L'HOPITAL COCHIN

Le montant de la souscription ouverte par les élèves et les amis de Dujardin-Beaumetz a été employé à l'érection d'un buste placé dans le jardin de l'hôpital Cochin, entre les deux pavillons d'hommes et de femmes, où le maître a enseigné pendant les onze dernières années de sa vie.

C'est samedi 28 juin que le monument a été inauguré en présence de M. Edouard Dujardin-Beaumetz et de sa famille, de M. Peyron, Directeur général de l'Assistance publique, de M. Laurent, secrétaire général de la Préfecture et de tout le haut personnel des services d'hygiène de la ville de Paris, entourés de la foule des amis et des élèves du maître regretté, au nombre desquels on comptait les médecins et chirurgiens de l'hôpital Cochin et un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux et de la ville, parmi lesquels Dujardin-Beaumetz avait tant d'amis.

Le buste a éte offert à M. Peyron, représentant l'administration de l'Assistance, par le Dr Stackler, qui, en quelques paroles émues, chaleureusement applaudies, a rappelé les rares qualités morales du maître de Cochin. M. P. Le Gendre, au nom des élèves et des collaborateurs de Dujardin-Beaumetz, a fait ensuite un éloquent historique du grand rôle joué à l'hôpital par le professeur. Enfin M. Peyron a répondu en remerciant les souscripteurs du précieux souvenir légué par eux à l'Assistance publique et en rappelant les services incomparables rendus par Dujardin-Beaumetz aux malades de la ville de Paris.

Nous reproduisons en entier les paroles prononcées par

M. Le Gendre, dont la chaude et charmante éloquence jamais été mieux inspirée. Nul, mieux que le sympath médecin des hôpitaux, ne pouvait payer à Dujardin-B metz le tribut de reconnaissance que lui doivent les ma et les élèves qui ont fait partie de son service.

« Messieurs,

« Quand on a perdu un être cher, la consolation l naturelle et le plus doux des devoirs sont non seulem maintenir son souvenir vivace dans la mémoire de ce l'ont connu vivant, mais aussi de faire en sorte que ceux qui n'auront connu que son nom, son image con à évoquer incessamment sa vie et ses actes. C'est consolation qu'ont voulu goûter, c'est ce pieux devc viennent accomplir la famille, les élèves et les an Georges Dujardin-Beaumetz, en édifiant, avec le co de l'administration de l'Assistance publique, son bust l'hôpital Cochin où se sont écoulées les dernières plus fécondes années de sa carrière médicale, au même de ce service qu'il avait créé et qu'il aimait ta

« Deux de ses élèves les plus aimés, à l'initiativ l'activité desquels est due l'organisation de la tou cérémonie qui nous réunit, MM. les Drs Stackler et lier, m'ont fait l'honneur de me désigner pour vous ler brièvement, avant que nous ne nous séparions, ont été les caractères distinctifs de la vie médicale de maître et quels souvenirs nous souhaitons que ses éveillent dans les générations de médecins, d'étudia de malades qui passeront tour à tour ici. Le seul tit j'aie pour entreprendre cette lourde tâche est d assisté à l'éclosion de l'œuvre originale dont je vai parler, ayant eu l'avantage d'être, conjointement

:r, l'interne de M. Dujardin-Beaumetz, en 1884.
aroles plus autorisées que la mienne diront en
rconstances à l'Académie, à la Société des hôpi-
Société de thérapeutique ce que fut le thérapeu-
nicien, l'écrivain, quel immense labeur il assuma
d'une vie si bien remplie, malgré sa fin, hélas !
e. Moi je limiterai mes efforts à vous montrer quel
professeur libre, quel médecin d'hôpital modèle
jardin-Beaumetz. Je ne m'occuperai même de sa
lière qu'à partir du jour où il prit possession du
:vice de médecine à Cochin.
un vice incontestable de l'enseignement médical
qu'on ne puisse y prendre part, quelque aptitude
moigne, qu'à la condition d'être entré dans la
universitaire à un âge où ces aptitudes n'ont pu
révéler. Singulière organisation qui pourrait
ir quelque jour des professeurs officiels voués
sans vocation réelle, à la carrière de l'enseigne-
ar suite, condamnés à s'acquitter de leur tâche
i peu de plaisir que de succès, alors que d'autres
de la même génération, qui n'auraient que tardi-
nti s'éveiller en eux le goût d'enseigner et l'apti-
aire, rongeraient leur frein de ne pouvoir répan-
r d'eux la bonne parole ! De ces derniers eût été
Beaumetz, si sa volonté, sa patience et son heu-
ctère ne lui avaient fait vaincre des difficultés,
tables pour tant d'autres.
is plusieurs années il avait inauguré à St-Antoine
s de Clinique thérapeutique qui, malgré l'éloi-
le cet hôpital et l'absence d'amphithéâtre conve-
ient obtenu un succès croissant. Si M. Dujardin-
se décida à venir à Cochin en 1884, c'était afin
r mettre à exécution une conception de l'ensei-
pratique de la thérapeutique qui constitue à mes

yeux l'un de ses titres les plus solides à notre gratitude et la réussite de ce plan, qui fait le plus grand honneur notre maître, marque vraiment une date dans l'histoi contemporaine des hôpitaux de Paris.

« M. Dujardin-Beaumetz avait en effet un autre but, pl noble encore et plus utile que le désir d'enseigner, c'ét celui de pouvoir mettre à la disposition des pauvres hos talisés non seulement les médicaments, qui sont bien l de suffire à la thérapeutique, mais les multiples ressour que fournissent les agents physiques : hydrothérapie, él trothérapie, massage, pneumothérapie, gymnastique, Ces moyens puissants, auxquels le médecin fait appel à c que instant pour guérir les riches, Dujardin-Beaumetz plorait qu'il lui fût impossible d'y recourir à l'hôpital. I rudimentaire encore à cette époque était l'installatio l'hydrothérapie dans la plupart des hôpitaux, et l'élec thérapie n'était guère mise en pratique qu'à la Salpêtri M. Dujardin-Beaumetz voulut donner l'exemple de ce q pouvait faire d'utile à ce point de vue.

« Or, pour réaliser ce qu'il rêvait, il fallait de l'esp le vaste jardin où nous sommes ne contenait encore d'anciens baraquements qui, ouverts d'une façon in mittente, avaient servi pendant les années précédent recevoir le trop plein des hôpitaux généraux ; il y ca provisoirement. Toute la partie sur laquelle s'élève le vice actuel était en culture ou en friche. C'est sur cel que M. Dujardin-Beaumetz avait obtenu de l'administra la construction de baraquements neufs, relativement fortables et peu coûteux, avec annexes pour divers lab toires, salles pour l'application des traitements spéci et amphithéâtre d'enseignement. Les plans une fois arrêtés, les travaux furent poussés avec une activité n'est pas toujours, à parler franc, l'apanage des entrepı d'utilité publique. Cette louable activité, je pense que

nstante et personnelle de M. Dujardin-Beau-
s peu contribué à l'entretenir.

jour en effet, pendant la durée des travaux,
la visite des malades était finie, notre chef se
côté des ouvriers et des entrepreneurs, de ce
qui était bien en harmonie avec l'activité de
et qu'un pénible accident survenu quelques
aravant avait rendu plus saccadé, sans le ra-
ous entraînait, toujours causant avec sa gaité
ive, sur l'emplacement où s'élevaient à vue
nstructions nouvelles, et s'informait fiévreuse-
at des travaux.

nsi qu'en très peu de temps, grâce au bon vou-
à son entrain vraiment contagieux, la création
evée prit corps. Et plus tard, quand d'année en
venait dans le service, on y trouvait chaque fois
tions nouvelles, mais invariablement l'accueil
s exclamations joyeuses du maître, enchanté de
lmirer ses acquisitions récentes.

tionnement des traitements spéciaux annexés
était si apprécié par les malades qu'on en
de très loin pour trouver à Cochin le bénéfice
ons et aussi le chef souriant, tout simple et pa-
des pauvres gens dont il connaissait bien les
i'il savait toujours soulager quand la guérison
possible. Aussi quelle joie universelle régnait
les transformées en palais fleuris le jour de la
es, où le patron leur offrait le régal d'un con-
vertissements variés !

ce qu'avait fait M. Dujardin-Beaumetz pour
pauvres tous les moyens de guérison et de
dont disposent les riches. Laissez-moi vous
vement ce qu'il entreprit pour faire progresser
érapeuthique.



[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible] permettre [illegible]
[illegible] pharmacologiste de préciser la nature [illegible]
[illegible]
substances proposées au médecin. Dans le service de [illegible] laboratoire était vraiment l'annexe des salles de malades, et beaucoup de solliciteurs [illegible] des nouveaux remèdes ne dépassaient jamais [illegible] chambre.

« D'ailleurs, si empressé que fût Dujardin-Beau[illegible] essayer tous les médicaments nouveaux, ce sera[illegible] erreur de croire qu'à ses yeux l'avenir de la thérap[illegible] résidât dans la multiplication des drogues. Je n'e[illegible] pour preuve que le grand nombre de publications qu[illegible] sacra à la vulgarisation de l'hygiène envisagée aux [illegible] de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique. L'hy[illegible] il l'a proclamé hautement, doit tenir la première [illegible] dans les préoccupations du médecin moderne; aussi [illegible] tout à fait à sa place à la tête du Conseil d'hygiène pu[illegible] du département de la Seine, où il justifia si bien l[illegible] fiance qu'avaient mise en lui les autorités pendant l[illegible]

ı'il fut démontré que le secours de la bactériologie ndispensable pour la précision du diagnostic et l'étude des antiseptiques, il poussa certains de ses à s'y consacrer d'une façon spéciale; à côté d'un laire de chimie et de pharmacologie, il installa un laire spécial de bactériologie, dont le chef, M. le Dr , fit régulièrement un enseignement pratique.

r le point de vue de l'enseignement le plus utile à aux étudiants en médecine, pour les mettre à la r de leur future fonction sociale, était pour Dujardinetz une constante préoccupation.

rmi les jeunes gens qui entourent un chef de service, et les autres sont appelés à des destinées diverses. part se voueront à la pratique; ils devront, dès le r jour de leur exercice, répondre aux multiples ces des malades; à ceux-là il répétait sans se lasser ération des médicaments usuels, traditionnels, enur la manière de les formuler et de les faire accepter s malades, dans les plus minutieux détails, ceux ı'enseigna pas toujours dans les chaires officielles. ıutres élèves cherchaient un sujet de thèse; il atteacun d'eux à l'étude de la nouveauté du jour, et es très nombreux travaux faits ainsi dans son laboet son service, il en est d'excellents, qui ont épuisé ière.

autres élèves enfin, parmi ses internes, se destià suivre la voie douloureuse des concours; à , il rendit le plus rare service, en les mettant à même ercer à la parole dans un véritable amphithéâtre et un public, heureusement indulgent: mon ami Sapesans doute pas oublié plus que moi la grande émoe nous causa la proposition qu'il nous fit de prendre on enseignement. Nous dûmes enseigner tour à tour ernes et aux stagiaires la séméiologie et la technique

lui ouvrir son amphithéâtre, et je ne veux pas taire
fonde reconnaissance que je lui garde pour m'avoir
près de lui en 1892 en me chargeant de familiaris
élèves avec la thérapeutique infantile.

« Mais je dois, Messieurs, borner mes souvenirs
saurais oublier les dernières recommandations de cet
modeste et simple qui ne voulut pas qu'on fît de d
à ses obsèques.

« J'en ai dit assez d'ailleurs si je vous ai rendu s
l'originalité de la conception de notre maître dans la c
de ce qu'il appelait — en souriant — l'« Ecole de C
Dans une ville comme celle-ci, où l'éloignement des
bâtiments de la Faculté et des hôpitaux rend la vie
pénibles aux étudiants désireux de progresser rapi
dans les diverses branches de notre art, quels serv
rendrait pas la multiplication de groupements an
à cette sorte d'institut de médecine pratique et no
ment de thérapeutique, imaginé par Dujardin-Bea
Je ne sais combien d'argent a coûté à l'Assistance pu
au Conseil municipal, et aussi à Dujardin-Beaumetz
nisation que je vous ai esquissée; mais on peut
qu'une telle semence a donné de belles moissons.
ce que l'avenir réserve à cette petite cité de bois

même contre l'incendie; en tout cas puisse-t-on respecter la conception première du fondateur! Alors son souvenir continuera de planer ici, comme le bon génie familier du lieu, et dans ce coin tranquille de Paris où l'on peut encore voir des arbres et des fleurs, aux étudiants qui passeront ce buste rappellera l'homme excellent, le médecin secourable aux malades et le professeur entraînant que fut Dujardin-Beaumetz. »

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète par la médication alternante,

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le diabète est une affection rebelle à la thérapeutique, et comme chacun le sait, il n'est peut-être pas de maladie qui ait été traitée par autant de médications tour à tour vantées et abandonnées.

La cause des insuccès tient peut être à ce que l'on a trop voulu créer une espèce diabète, sans vouloir distinguer non seulement les causes réelles de la présence du sucre dans l'urine, mais encore les conditions fondamentales de nutrition qui accompagnent toujours le phénomène *glycosurie* et changent singulièrement les caractères de l'évolution de la maladie et ses indications thérapeutiques réelles. Or toutes les fois qu'il s'agit de troubles nutritifs d'ordre quelconque, je prétends que le médecin est incapable d'établir un trai-

tement d'une manière rationnelle sans connaître auparav par l'analyse, l'état des échanges de l'organisme. L'anal ne doit donc pas seulement porter, comme cela a lieu plus souvent, sur la plus ou moins grande quantité sucre excrété, mais aussi sur l'état de l'élimination l'urée, des phosphates, des chlorures, sur le coefficient oxydations, etc. C'est seulement alors que l'on pourra faire une opinion sérieuse, faire un pronostic certain instituer un traitement profitable.

Le traitement du diabète que je viens exposer au co de ces leçons ne met en œuvre aucun médicament nouve Ce qui fait sa personnalité, c'est que des agents ancie sont associés suivant un mode particulier, et que pour faire le choix, je me suis uniquement fondé sur l'acti qu'ils exerçaient sur les échanges nutritifs.

Les faits que j'ai à énoncer sont résumés, sous une for géométrique, dans les nombreux tracés qui accompagne le texte. Il suffit d'y jeter les yeux pour se rendre comp des résultats obtenus, sans que j'aie besoin de trop insist sur chacun des cas particuliers dont les tracés représente l'observation.

II

INDICATIONS FOURNIES PAR LA NUTRITION DANS LE TRAITEME DU DIABÈTE.

En dehors du diabète pancréatique qui forme une clas à part, deux théories se partagent la faveur des médecin à savoir : l'hypersécrétion du sucre et le défaut de sa co sommation par ralentissement de la nutrition.

D'où deux médications systématiques totalement dive gentes : ou bien modérer la production de sucre en rale tissant les mutations nutritives, ou bien accélérer sa con

bustion en stimulant la nutrition générale. Avant de traiter un diabétique, il faut donc choisir entre ces deux théories.

L'étude des échanges chez le diabétique jugera la question; car si le diabète est dû à un défaut de consommation de sucre, les échanges seront ralentis; au contraire, les actes nutritifs seront accrus si le diabète est une maladie par accélération de nutrition.

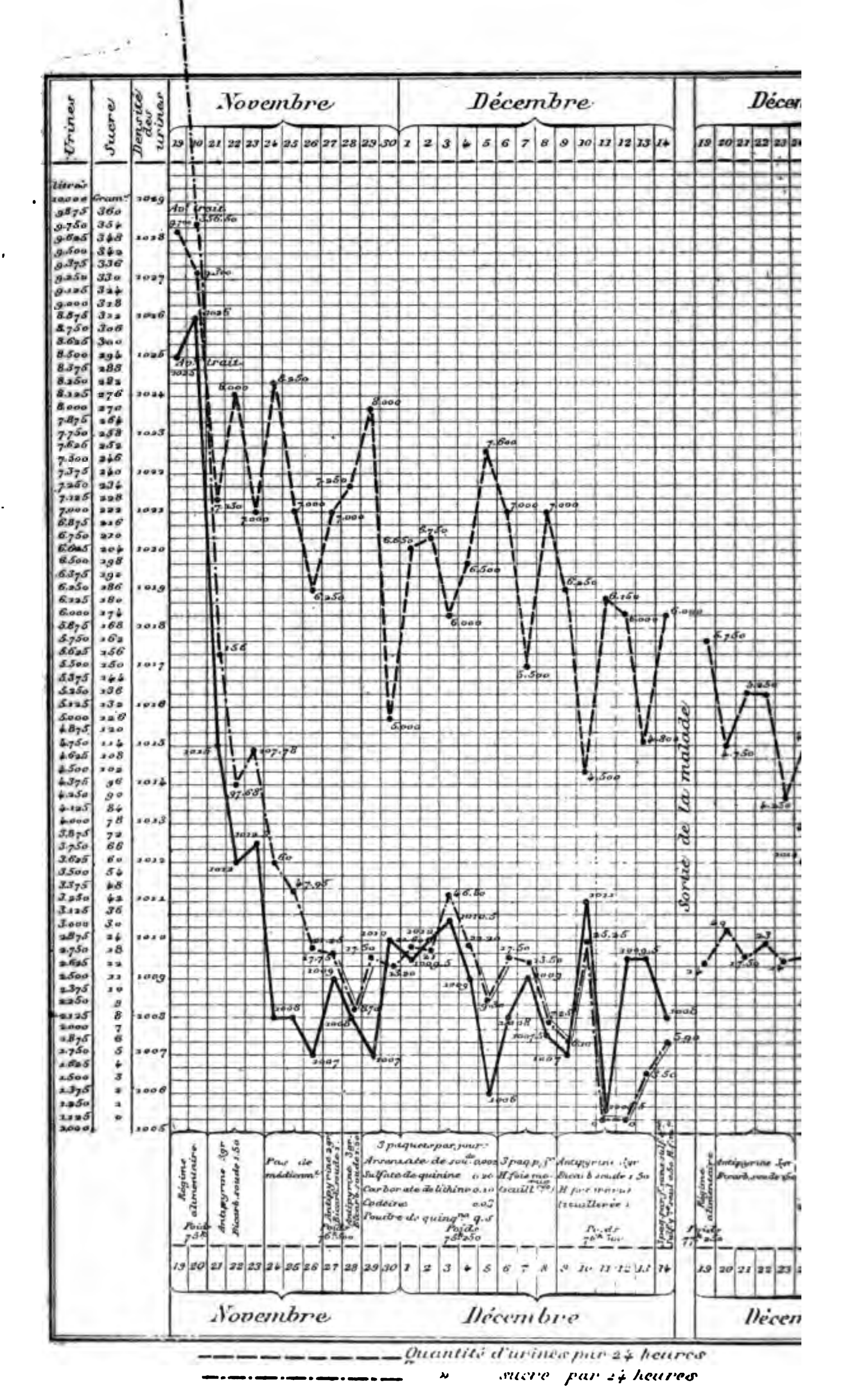
Or, dans la discussion qui a eu lieu devant l'Académie en 1889, j'ai démontré qu'il y avait, chez les diabétiques francs, une exagération de tous les actes chimiques de la nutrition générale, avec suractivité spéciale de certains organes, comme le foie et le système nerveux (1).

C'est donc ce fait de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique en particulier, commandée par une excitation nerveuse continue, directe ou réflexe, qui doit être le pivot de la thérapeutique rationnelle du diabète.

Par conséquent, les médicaments du diabète devront être choisis parmi les agents qui ralentissent par un procédé quelconque les mutations générales et celles du système nerveux. Ces agents ne seront employés que s'ils retardent les mutations générales par l'intermédiaire d'une action primitive sur le système nerveux, et s'ils n'exercent pas sur les fonctions de ce système unc action suspensive trop énergique.

---

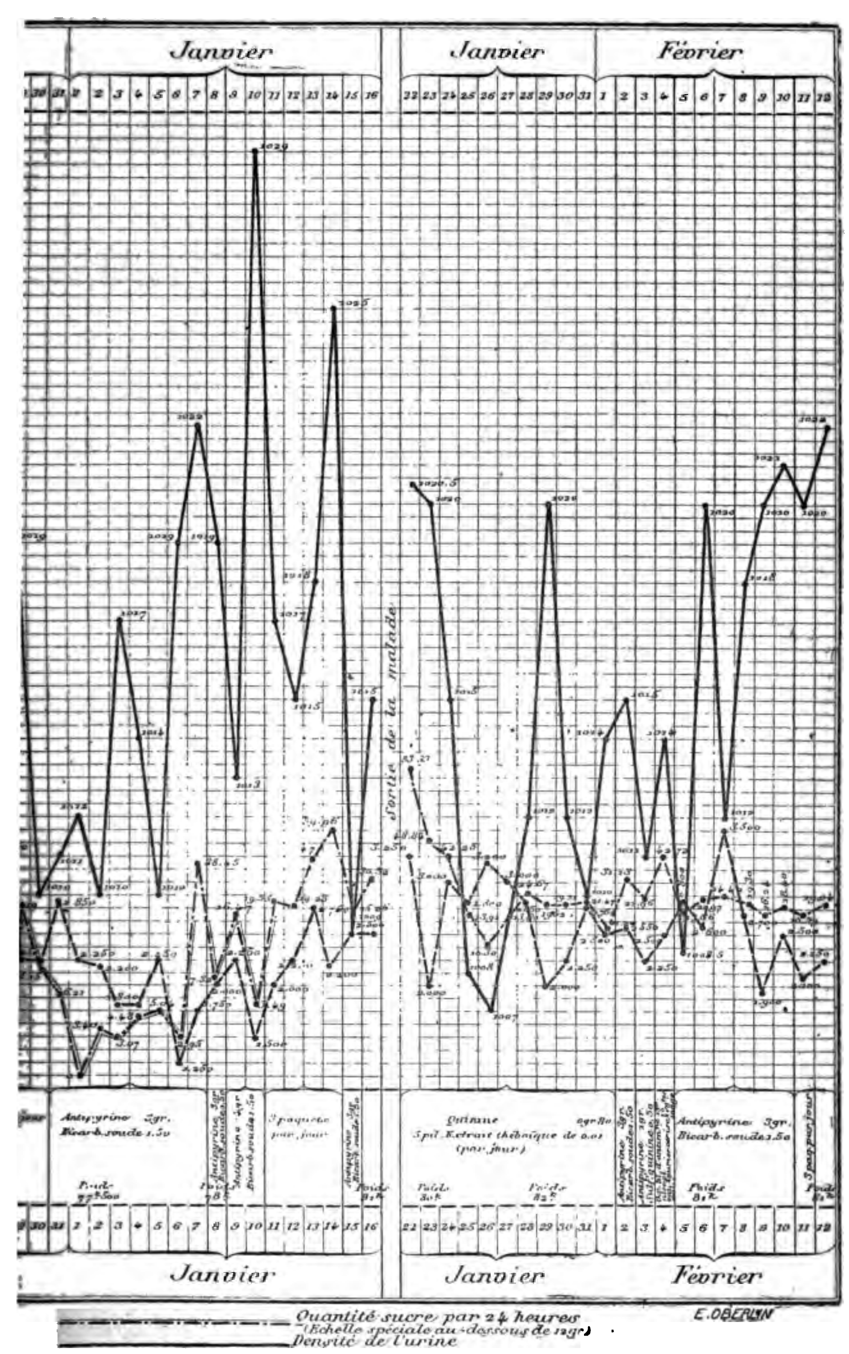
(1) Augmentation de la désassimilation totale, de la désassimilation azotée, du coefficient d'oxydation ou d'utilisation azotée, de la combustion de certains produits ternaires (acide lactique), du coefficient d'oxydation du soufre, de l'urée, de l'acide carbonique expiré, de l'oxygène inspiré, de certains acides de synthèse (acide hippurique et corps sulfo-conjugués), du coefficient d'oxydation du phosphore. (Albert Robin. Le Diabète. Physiologie pathologique et indications thérapeutiques. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1889).



Quantité d'urines par 24 heures
» sucre par 24 heures

Tracé N° 1.

Diabète consi



TRACÉ N° 1.

tant d'environ deux ans.

On écartera, *à priori*, tous les moyens capables d'accélérer la nutrition.

On soustraira à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux avec lesquels celui-ci peut le plus facilement fabriquer du sucre, ce qui aura aussi l'avantage de priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

Ces trois formules résument les indications majeures de la thérapeutique du diabète.

Les diabètes aggravés et compliqués réclament parfois des médications qui devraient être repoussées dans le diabète pur. Quand un malade décline et frise la période cachectique, la médication tonique reprend ses droits, et la parole revient aux médicaments capables d'accélérer une nutrition qui déchoit. C'est un argument de plus à l'appui de ce principe que l'état de la nutrition est le seul guide à peu près sûr que nous possédions pour diriger le traitement des diabétiques.

III

LA DÉMINÉRALISATION ORGANIQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES. UN MOT SUR LE RÉGIME ET L'HYGIÈNE.

Je n'insiste pas sur le régime et sur l'hygiène. Ils ont été trop bien fixés par Bouchardat pour qu'il soit nécessai-

TRACÉ N° 1. — Ce long tracé donne la marche du diabète pend… quatre mois de traitement, chez une femme de 33 ans, infirmière. … maladie, datait d'au moins deux ans. Le sujet (d'ailleurs indoc… avait suivi sans succès les traitements divers du diabète, brom… de potassium, traitement de Martineau, alcalins, injections d'extr… de pancréas. Après vingt-deux jours de mon traitement et de rég… le sucre était tombé de 472 grammes à 0 gramme, il oscille ens… d'une façon très irrégulière, ces écarts sont dus aux infractions… la malade au traitement, mais le tracé montre que le traitem… institué, quand il est sérieusement pratiqué, produit un résultat … remarquable.

y revenir. Le seul point qu'on puisse ajouter, c'est que s diabétiques ont une tendance à se déminéraliser. Le efficient de déminéralisation s'élève de 30 à 40 et 45 0/0. e là l'urgente indication d'obvier à une déperdition dont s conséquences lointaines sont des plus graves, car les rincipes inorganiques forment le squelette virtuel de haque cellule; ils constituent leur sol et sont l'un des gents essentiels de leur nutrition. Leur insuffisance est ne condition morbide dont j'ai eu maintes fois l'occasion montrer le rôle pathogène. Citons, à titre d'exemple, la minéralisation prétuberculeuse et les albuminuries d'orine phosphaturiques.

Dans une maladie comme le diabète où la tuberculose paraît à titre de si fréquente complication, cette notion la déminéralisation ne doit point être négligée : il faut rechercher et la combattre, et pour cela, il conviendra jouter à l'alimentation le ou les éléments qui font défaut 'organisme.

Pour le *chlorure de sodium*, la chose est facile. Il suffit saler plus fortement la nourriture et d'insister sur les ments naturellement salés, comme les olives, les salais, etc. Contour et Martin-Solon avaient même mis le sel nombre des médicaments du diabète.

Dans le cas de déperdition de *potasse*, on insistera sur légumes verts et l'on choisira ceux qui sont les plus hes en ce principe, comme les choux et la chicorée. pourra aussi employer, pour couper le vin au repas, e solution de 5 à 6 grammes de tartrate de potasse ou de Seignette par litre d'eau.

Pour remédier aux pertes *phosphatiques*, *magnésiennes calciques*, on a deux ressources, celle d'une alimentation oisie, de l'emploi des glycéro-phosphates de chaux et de agnésie que j'ai récemment introduits dans la thérapeuue et qui sont bien les préparations phosphatiques les

L'*antipyrine*, les *alcalins*, les *alcalino-terreux*, le *bromure de potassium*, les *arsenicaux*, les *opiacés*, la *belladone*, la *valériane*, le *quinquina*, le *sulfate de quinine* et *l'huile de foie de morue*. Avec des titres différents, ils méritent de concourir au traitement du diabète. Certes, ils ne sont pas les seuls, mais comme je les ai longuement étudiés et qu'il m'est possible de fixer très exactement les règles de leur emploi, nous nous en tiendrons à eux.

Pour obtenir leur maximum d'effet utile, il importe de les sérier en trois groupes. Le premier groupe comprend l'antipyrine. Le deuxième groupe renferme les arsenicaux, la codéine, les alcalino-terreux, le sulfate de quinine. Dans le troisième groupe sont rangés la valériane, l'opium, la belladone, le bromure de potassium. Quant au quinquina, aux alcalins et à l'huile de foie de morue, ils font partie des trois groupes, à titre de médication adjuvante.

Chaque groupe correspond à une étape du traitement auquel je donne le nom de *traitement alternant* et que nous allons maintenant étudier dans les détails de son application.

J'exposerai ensuite, dans une vue d'ensemble, la conduite générale du traitement.

V

PREMIÈRE ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT

1° L'antipyrine est le *médicament essentiel* de cette étape. Elle diminue la désassimilation générale, le coefficient d'oxydation ou d'utilisation des matières albuminoïdes, l'oxydation du soufre et du phosphore, preuves de son action modératrice sur le système nerveux.

Mode d'emploi. — On l'administre à la dose de 2 grammes par jour ; la dose de 3 grammes est un maximum qui ne

sera jamais dépassé. On l'associe au bicarbonate de soude dans la formule suivante :

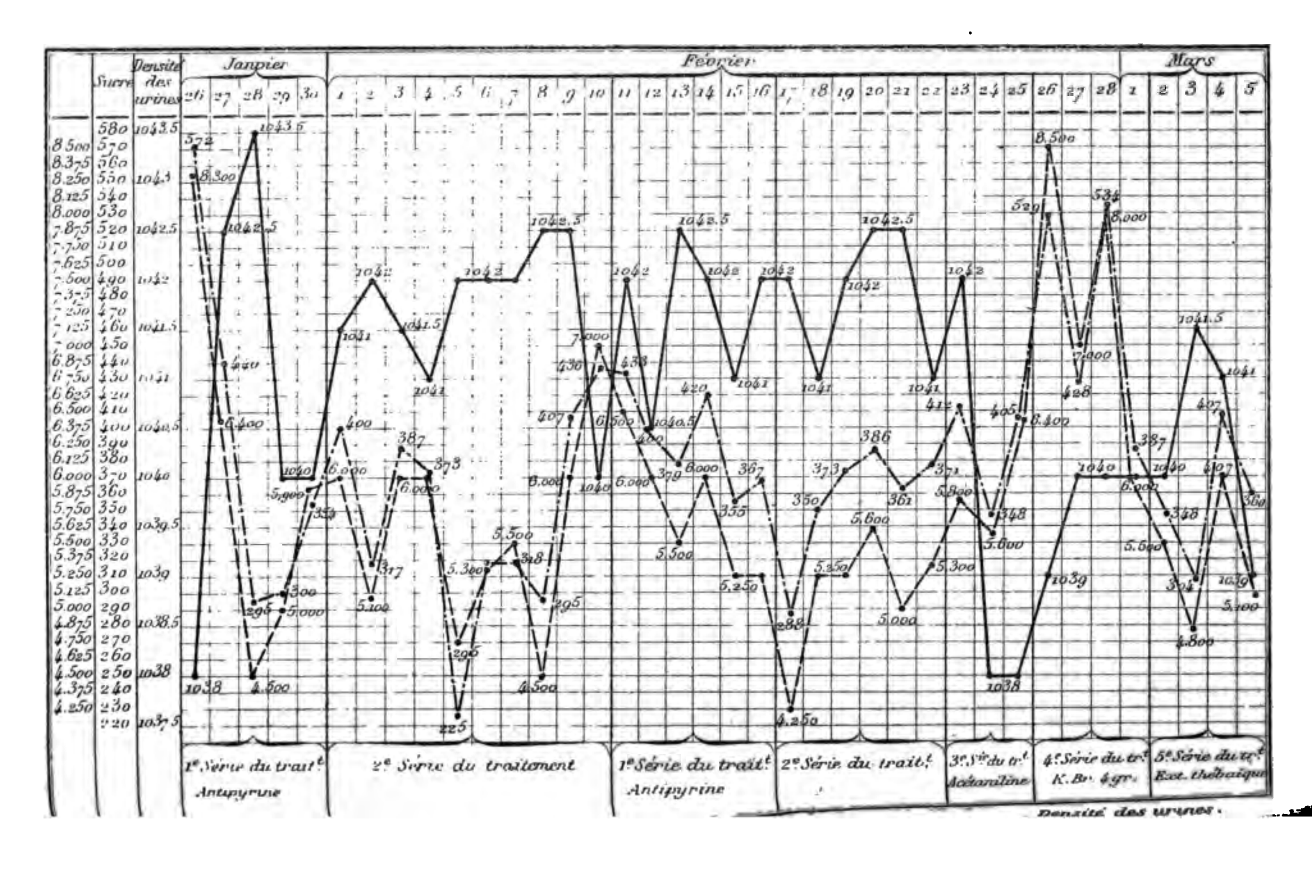
Antipyrine.......................	1 gramme.
Bicarbonate de soude............	0gr,50.

En un paquet. Faites 10. — Prendre une heure avant le déjeuner et le dîner, un des paquets ci-dessus, dissous dans un peu d'eau de Vals, source Dominique.

L'antipyrine ne doit jamais être un *médicament d'habitude*. Son emploi ne sera, en aucun cas, prolongé plus de cinq jours au plus. Ce temps écoulé, il faudra toujours la suspendre parce qu'elle pourrait provoquer l'apparition de traces d'albumine dans l'urine. Cette albumine est, il est vrai, transitoire, mais son entrée en scène a toujours quelque chose d'inquiétant puisqu'elle traduit un nouveau trouble de nutrition toujours préjudiciable au diabétique. Cette albumine n'apparaissant jamais avant le septième jour de l'administration de l'antipyrine, on n'aura aucune crainte à concevoir si l'on se maintient strictement dans la limite que je viens de fixer.

Contre-indications. — Si le diabétique est en même temps albuminurique, l'antipyrine est à peu près contre-indiquée. Pourtant, j'ai vu des cas où, donnée pendant cinq jours à la dose de 2 grammes par jour, elle a diminué le sucre de moitié sans augmenter l'albumine. Mais comme ces cas sont rares, il faut agir avec circonspection et ne l'employer que si la polyurie et la glycosurie sont considérables avec seulement des traces d'albumine.

Je suis convaincu que l'antipyrine peut rendre à la plupart des diabétiques de grands services et qu'elle est appelée à prendre une place importante dans leur traitement ; mais, comme tous les agents vraiment actifs, c'est une arme


Janvier
Février
Mars
Sucre
Densité des urines
1e Série du trait.t Antipyrine
2e Série du traitement
1e Série du trait.t Antipyrine
2e Série du trait.t
3e Sie du tr.t Acétaniline
4e Série du tr.t K. Br. 4 gr.
5e Série du tr.t Ext. thébaïque
Densité des urines.

à deux tranchants dont il serait imprudent de se servir indistinctement dans tous les cas.

Il est donc nécessaire d'en connaître les *contre-indications*. J'ai déjà cité l'albuminurie. Ajoutons que l'antipyrine doit être réservée aux diabétiques gras et qu'elle sera formellement défendue à ceux qui frisent la période de déchéance, à plus forte raison aux diabètes aggravés. Son action est à peu près nulle dans le diabète pancréatique. L'anorexie, l'amaigrissement rapide, la faiblesse constituent encore autant de contre-indications.

Appréciation des effets de l'antipyrine. — En dehors de ces cas, il est difficile de dire d'avance si l'antipyrine conviendra ou non à un diabétique donné. Toutefois, quand on a commencé la cure, l'apparition de certains symptômes doit la faire suspendre sans délai ; par exemple, la perte de l'appétit, l'oppression, la pâleur du visage, la bouffissure des paupières et une sensation particulière de tension dans la face.

Enfin, je suis en mesure de fournir une manière très pratique de s'assurer d'emblée de l'influence favorable ou

---

TRACÉ N° 3. — Ce tracé donne la courbe du sucre, pendant six semaines de traitement, chez un malade de 32 ans atteint d'un diabète d'origine pancréatique. La maladie semble remonter à environ un an avant le traitement. Le malade est dans un état de santé très précaire, il a maigri considérablement et perdu ses forces, il est atteint d'une véritable boulimie et d'une soif très vive. Le sucre monte jusqu'à près de 600 grammes par jour. En inspectant le tracé, on voit que chaque série de médication, du 26 janvier au 24 février, amène presqu'immédiatement un abaissement du sucre, mais celui-ci remonte rapidement. Au 23 février on essaye l'acétanilide puis le bromure de potassium sans aucun résultat, puisque le sucre remonte à 540 grammes. L'emploi de l'extrait thébaïque baisse un peu le titre du glucose mais sans pouvoir fournir de résultat sérieux. C'est là le caractère bien net des diabètes pancréatiques chez lesquels les médications se montrent toujours impuissantes.

défavorable du médicament. Pour cela, il faut chaque jo doser le sucre, mesurer la quantité de l'urine et prendre densité. Si le *sucre ne s'abaisse pas rapidement*, si, pa exemple, après quatre jours de traitement, la diminutio ne dépasse pas 10 à 15 p. 100, il sera inutile de revenir plu tard à l'antipyrine. Si un abaissement marqué du sucre e de la polyurie coïncide avec une élévation de la densité à 3 ou 4 degrés au-dessus du chiffre initial, et que cette élévation persiste pendant les quatre à cinq jours de la cure cessez définitivement le médicament. Mais si durant cett première épreuve, le sucre, la polyurie s'abaissent, pendant que la densité fléchit ou reste tout au moins stationnaire, l'action est favorable et le malade est justiciabl de l'antipyrine.

2° Les *moyens adjuvants* de cette première étape du traitement alternant sont :

a. L'huile de foie de morue, à la dose d'une à deu cuillerées par jour, de préférence au commencement de repas. Son emploi n'a rien d'absolu ; il faut se guider avar tout sur l'estomac du diabétique. Si elle n'est pas tolérée la remplacer par le beurre. Il va de soi qu'elle doit êti supprimée pendant les périodes de chaleur. Elle est surtot indiquée chez les malades qui se refroidissent facilemei et chez les descendants de tuberculeux.

b. Les alcalins relèvent principalement de la deuxièr étape. Ils ne figurent ici qu'à titre accessoire, pour aid l'emploi de l'antipyrine.

c. Avoir soin de surveiller les fonctions intestinales.

En cas de constipation, donner le matin à jeun, 15 20 grammes de sel de Seignette, dissous dans un peu d'e tiède. Ce sel est, pour les diabétiques, un purgatif de cho Il offre le très grand avantage d'alcaliniser légèrement sang, et de remédier aux déperditions potassiques de

l'influence fâcheuse n'a point été suffisamment mise en relief. La théorie des accidents dus à la rétention des sels de potasse a fait son temps, et l'on en revient aux idées de Bouchardat qui vantait l'emploi de ces sels dans le diabète.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

Le procédé de la ficelle dans les accouchements,

Par le Dr ALBESPY, de Rodez.

Tous les médecins qui pratiquent les accouchements savent combien l'application du forceps au détroit supérieur nécessite parfois, dans les rétrécissements ou les malformations du bassin, dans les présentations de la face ou simplement quand la tête de l'enfant est forte et peu engagée, les contractions utérines faibles ou presque nulles, des efforts de traction soutenue énergiques. Il n'est pas rare, qu'à ce jeu, les bras se fatiguent, au point de ne pouvoir continuer l'opération avant d'avoir atteint le but. Très heureux l'accoucheur qui peut se remettre à l'œuvre avec chance de succès. Dans le cas contraire, l'enfant court un sérieux danger, la parturiante est désolée, perd courage et confiance, et l'entourage autant qu'elle. Heureux le médecin qui a assez de force de caractère pour conserver tout son sang-froid et ne se laisse point démonter. A la ville, on appelle un confrère à son secours, à la campagne, loin de tout appui, il faut accepter la situation telle que la fatalité vous l'a faite, avec la responsabilité tout entière et se tirer d'affaire comme l'on peut.

Qu'il me soit permis de divulguer un petit procédé dont j'use depuis de longues années, d'invention peu méritoire et, pour cela peut-être, plus facile à retenir. Je m'en sers pour toutes les applications au détroit supérieur. Mes confrères de Rodez l'ayant adopté, je le crois bon. Nous l'avons appelé le *Procédé de la ficelle*. Le voici tel que je le pratique.

La parturiante étant classiquement placée, les branches du forceps en place, je prends une chaise un peu basse et me place commodément en face comme pour examen au spéculum. Muni d'une cordelette de $1^m,50$ cent. environ, grosse comme un gros porte-plume, solide, inextensible, préalablement aseptisée et portant une petite anse à une extrémité. Je passe le manche gauche du forceps à travers cette anse, et puis celui de droite en 8 de chiffre deux ou trois fois répété, ensuite la cordelette est conduite de gauche à droite derrière mes reins et ramenée sur l'autre manche en croix, où elle est retenue de manière à pouvoir la raccourcir ou bien l'allonger à mon gré. Le tout ainsi disposé je pèse de mes reins sur la corde avec une force calculée suivant les besoins, mais pouvant devenir telle, qu'en appuyant un seul pied contre le lit ou tout autre obstacle, je puis amener la parturiante et les aides. Pendant ce temps mes mains sont libres et occupées à diriger l'instrument. Moi-même, en me déplaçant sur la chaise, je puis diriger les tractions à droite ou à gauche, en haut ou en bas, suivant la nécessité. Cet exercice peut durer aussi longtemps que l'on veut, sans aucune fatigue pour l'accoucheur.

Ce procédé, dit *de la ficelle* bien appliqué n'offre aucun danger, mais cependant appliqué aveuglément, il ne laisserait pas d'avoir quelques inconvénients sérieux qu'il faut connaître si l'on veut ne pas avoir en dernier résultat des mécomptes.

1° Il est utile d'employer une cordelette assez grosse

simple ficelle sans quoi l'acccoucheur risquerait s reins blessés pendant les tractions ;

tractions doivent être modérées et intermittentes, re suivre les allures du travail, il faut lâcher un :de pendant les temps de repos, afin de permettre lation cranienne de se faire convenablement, au- it il faut laisser *respirer* l'enfant ;

ssant autrement, on s'exposerait à mettre au . enfant mort, par compression céphalique trop il ne faut pas perdre de vue que plus les tractions giques, plus les manches du forceps se rappro- lus la tête est serrée entre les cuillers.

tête descendue sur le périnée, la corde étant nutile est retirée et l'accouchement conduit comme as les plus simples.

rra m'objecter qu'un procédé de traction suscep- évelopper assez de force pour entraîner la par- et les aides, comme je l'ai dit plus haut, est blesser la malade et de causer de sérieux dé- 'ela serait exact, au cas où l'accoucheur serait ais j'ai eu soin de recommander à l'opérateur de per que juste assez de force pour aider à la déli- en est de mon procédé comme de toutes les ons chirurgicales, il demande à être employé et prudence.

mé, le *procédé de la ficelle* ménage donc les accoucheur et lui procure un sérieux apport de t un renfort commode et facile.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de l'Hôtel-Dieu)

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Traitement des prolapsus génitaux

Dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu, le professe Duplay à propos de deux malades, l'une atteinte de pr lapsus génital total, l'autre d'un prolapsus vaginal simpl fait le diagnostic et la pathogénie des prolapsus génita et en formule ainsi le traitement.

α. Quand il s'agit d'un prolapsus de l'utérus dû à u endométrite, à un allongement hypertrophique du col, l' dication est de recourir au curettage utérin, à l'ampu tion du segment cervical de la matrice.

β. Si le prolapsus utérin résulte d'un néoplasme, fibro cancer, de lésions bilatérales des annexes, l'ablation l'utérus par le vagin, l'hystérectomie vaginale est form ment indiquée.

γ. Quand l'utérus prolabé est sain, on ne doit pas l l'hystérectomie, car, dans bon nombre de cas où l'utér été enlevé dans ces conditions, le prolapsus des p vaginales, la cystocèle, la rectocèle se sont vite reprod Dans ces cas, lorsque le périnée semble suffisant (e cas, ajoute le professeur Duplay, sont extrêmement r où, par conséquent, l'appareil suspenseur de l'utérus paraît seul en cause, on a eu l'idée de s'adresser appareil, on a raccourci les ligaments ronds, c'est l ration dite d'Alquié-Alexander; on a pratiqué l'hys pexie, c'est-à-dire la fixation de l'utérus à la paroi ab nale antérieure. On a pu ainsi obtenir de bons résu

il y a souvent des récidives, car il y a presque toujours ême temps faiblesse périnéale.

Dans les cas où l'utérus hernié par le vagin est sain, augmenté de volume, où il est seulement abaissé et où abaissement s'accompagne de rectocèle, de cystocèle, rolapsus simple des parois vaginales, c'est à l'appareil outènement de l'utérus, au vagin, au périnée qu'il faut esser.

ablation de l'utérus seul n'empêche pas la reproduction prolapsus vaginaux, de plus, l'hystérectomie peut être creuse dans les cas anciens à cause des lésions rénales arfois ne sauraient être reconnues et qui aggravent le ostic opératoire.

'aut, pour remédier à la cystocèle, au prolapsus sime la paroi antérieure du vagin, pratiquer le rétrécisnt de cette paroi, faire, en un mot, l'*élytrorrhaphie ieure*; pour supprimer la rectocèle, il faut faire l'*élyhaphie postérieure*; il faut combiner ces deux opérasi les lésions sont complexes, s'il y a hernie concomitante de l'utérus, et y joindre une bonne *périnéorrhaphie*. opérations doivent être exécutées largement.

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Terminologie technique et scientifique.

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

uis quelques années la chirurgie opératoire s'enrichit nombre considérable de nouvelles opérations, tantôt dées sous le nom du chirurgien qui, le premier, les a nisées, tantôt par un terme scientifique se rapportant

à la région anatomique ou à l'organe qui est le siège d l'opération.

Cette multiplication de procédés opératoires désignés pa des appellations très variées, fait que le praticien qui lit le: journaux médicaux et veut se tenir au courant de la scienc est souvent arrêté dans la lecture d'un compte rendu, mêm d'un mémoire, par une nouvelle dénomination opératoire Nous croyons faire œuvre utile en publiant, sous forme d'u vocabulaire et sous le titre que nous avons pris en tête d ces lignes, la définition et l'explication des opérations faite en chirurgie.

Nous commencerons par l'énoncé de quelques opération qui se pratiquent sur le col de l'utérus, sur le vagin, le pé rinée et sur les moyens de fixités de l'utérus prolabé.

Opération de Récamier. — Curetage ou curage de la mu queuse utérine.

Opération de Marckwald. — Amputation du col par méthode à deux lambeaux ou par excision conique à lam beaux coniques.

Opération de Schrœder. — Amputation du col à un lam beau, ou amputation anaplastique sous-vaginale du col utéri Amputation du col à un lambeau. Amputation de Schrœde C'est l'excision de la muqueuse malade et d'une partie de musculeuse du col de l'utérus (après curettage).

Opération de Bouilly. — C'est l'amputation du col de l'u térus par excision d'une partie de la muqueuse en respecta la muqueuse des parties latérales pour éviter l'atrésie c col.

Opération d'Emmet ou trachélorrhaphie ou suture du co Opération destinée à réparer la déchirure du col de l'utér consécutive à l'accouchement, après avivement de la mu queuse.

Opération d'Alquié-Alexander-Adams ou simplement opé

ion d'Alquié-Alexander. Raccourcissement extra-abdomi-l des ligaments ronds.

Opération de Gill Wylie. — Raccourcissement intra-abdo-nal par plicature ou repliement de chacun des ligaments nds.

Opération de Kelly. — Raccourcissement des ligaments éro-sacrés.

Hystéropexie. — Fixation de l'utérus prolabé.

Hystéropexie abdominale ou gastro-hystéropexie, ventro-ation, gastro-hystéro-synaphie, gastro-hystérorrhaphie, la-'o-hystérorraphie. Fixation de l'utérus à la paroi abdomi-e antérieure préalablement incisée.

Hystéropexie vaginale. — Colpo-hystéropexie. Opération a pour but de fixer, à l'aide du vagin, l'utérus réduit nputation du col) et amené en bonne position.

Métro-Elytrorrhaphie. — Union de la paroi vaginale anté-ure ou de la face antérieure du col de l'utérus avec la paroi stérieure du vagin.

Elytrotomie interligamentaire. — Opération qui consiste à er rompre les adhérences de l'utérus en rétrodéviation à vers le cul-de-sac de Douglas incisé et à remettre l'organe bonne position.

Elytrorrhaphie ou colporrhaphie. — Opération qui consiste ller affronter deux surfaces d'avivement dans le vagin et oblitérer ainsi partiellement le conduit vaginal. Elle porte, it sur la paroi antérieure du vagin contre la cystocèle ytrorrhaphie ou colporrhaphie antérieure), soit sur la paroi stérieure du vagin contre la rectocèle (élytrorrhaphie ou lporrhaphie postérieure) ou sur les deux parois en même mps.

Périnéorrhaphie. — Opération qui a pour but de réparer

les déchirures du périnée ou refaire le périnée insuffisant et relâché.

Il existe de nombreux procédés.

Colpopérinéorrhaphie. — Opération dont l'avivement et les sutures portent non seulement sur le périnée, mais aussi sur la paroi postérieure du vagin.

Elytroplastie ou autoplastie du vagin par la méthode indienne.

Cystoplastie par glissement ou autoplastie vaginale par locomotion ou opération de Jobert de Lamballe.

Colpocléisis ou Kolpokléisis ou opération de Simon.—Occlusion du vagin par avivement et sutures des parois vaginales.

Episiorrhaphie. — Oblitération du vagin par avivement de la face interne des grandes lèvres et par leur réunion par sutures.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Traitement de la blennorrhagie chez l'homme, par Julliard (*Journal des praticiens*, mai 1895). — M. Julliard donne les conseils suivants :

1° *Période aiguë* (Médication antiphlogistique). Bains chauds de 3/4 d'heure, tisanes émollientes d'orge ou de chiendents, avec addition de bicarbonate de soude (1 gramme par litre), ou tisane d'uva-ursi, eau de goudron, édulcorée avec le sirop de tolu ou infusion de bourgeons de sapin. Contre les douleurs périnéales : sangsues. Contre les érections nocturnes, lavement suivant :

Eau chaude..........................	15 grammes.
Antipyrine.................. 1gr,50 à	2 —

le Sydenham XV à XX gouttes :
suppositoire :

rate de morphine.	0,008 à	0,010 milligrammes.
ébaïque..........	0,03 à	0,05 centigrammes.
belladone..............		0,02 —
cacao...........	2gr,50 à	3 grammes.

de déclin (Médication suppressive).
is devient purulent, emploi des balsamiques en

....	1 gramme.
pulvérisé......................	2 grammes.
de menthe....................	1 goutte.

On peut substituer à l'essence de menthe 13 cen-
cachou. Six à huit bols par jour.
psules d'extrait hydro-alcoolique de cubèbe ou
santal. Les doses seront décroissantes à mesure
ent diminuera.

hermale (Moyens locaux quand la médication
e suffit point). *Injections totales* de 20 grammes
ions suivantes :

ganate de potasse.........	0gr,20.
tillée et bouillie...........	1000 grammes.

de zinc....................	1 gramme.
de plomb.................	2 grammes.
um de Sydenham.........	āā 4 —
e de cachou..............	
tillée......................	200 —

ore, s'il existe toujours des gonocoques, solu-
e d'argent à un dix ou vingt millième et de
demi-millième. *Instillation* avec le nitrate d'ar-
forte au cinquantième ou faible au cinq cen-

tième, avec une seringue de 4 grammes et par gouttes, selon la méthode de Guyon.

Anesthésie de la vessie par l'antipyrine, par le Dr Pousson (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1895). — Le Dr A. Pousson a recours à l'emploi de l'antipyrine comme anesthésique de la vessie dans les cas suivants : 1° Pour examiner la vessie au cystoscope ; 2° pour l'explorer à l'aide d'un lithotriteur; 3° pour pratiquer de courtes séances de broiement de petits calculs; 4° pour laver à la solution argentique la vessie enflammée.

Il s'est toujours servi uniformément chez tous ses malades d'une solution d'antipyrine à 2 0/0 qu'on peut porter à 4 0/0 sans danger.

La quantité injectée a varié suivant la nature de la manœuvre intravésicale et surtout suivant l'état de la vessie. Le temps pendant lequel il a laissé séjourner le liquide dans le réservoir a varié également de 5 à 10 minutes.

Les résultats ont été généralement satisfaisants.

Anesthésie de la vaginale et traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. Dr Nicaise (*Communication à l'académie de médecine*, juin 1895).

M. Nicaise rappelle que l'injection iodée est une méthode de traitement de l'hydrocèle, très simple dans sa technique, mais parfois douloureuse. Depuis 1889, il a adopté le procédé suivant :

1° Mesures antiseptiques habituelles. Puis ponction de l'hydrocèle avec le crochet classique et issue d'une partie du contenu séreux (un tiers environ) ;

2° Dans la sérosité restant dans la vaginale, injecter par la canule du trocart avec une seringue de 3 à 4 centimètres cubes, une solution aqueuse de cocaïne à un pour cent;

3° Malaxage léger de la bourse. Cinq minutes après, évacuation totale de la sérosité. Puis injection de teinture d'iode

re ou coupée par un tiers d'eau, selon les indications (an-
nneté de l'hydrocèle, âge du sujet).

Nouveau malaxage ; puis issue, cinq minutes après, de la
nture d'iode.

L'opération pratiquée par M. Nicaise n'est point doulou-
ise; elle utilise comme excipient de la cocaïne, un liquide
urel, et elle évite l'absorption exagérée de cet agent anes-
sique, exagération fréquente, même avec une solution
e et également titrée.

[. Nicaise recommande ces précautions techniques pour
tre à l'abri des accidents causés quelquefois par la cocaïne.

Thérapeutique médicale.

iins chauds dans la méningite cérébro-spinale (Voro-
sky, *Jayno-rousskaia meditsinskaia Gazetta*, 1895, nº 4). —
ouragé par le succès éclatant obtenu par Aufrecht, en 1884,
; un cas de méningite cérébro-spinale très grave, l'auteur
umis deux méningitiques cérébro-spinaux au traitement
les bains chauds. Dans le premier cas, il s'agit d'un
me de vingt-cinq ans, d'aspect tuberculeux, atteint de
ingite cérébro-spinale nettement accusée : céphalalgie
ıse; vomissements, raideur de la nuque, hyperesthésie
rale, pouls 60, température 37°,8; rien du côté des yeux.
; les symptômes ne firent que s'aggraver dans les pre-
's jours après son entrée à l'hôpital, le pouls devint lent
régulier, la faiblesse s'accentua davantage; c'est alors
l'on se décida à donner le premier bain chaud, suivi
tôt d'une légère amélioration de l'état général. L'amélio-
n s'accusait de plus en plus avec les bains ultérieurs, et,
s le huitième bain, la guérison était à peu près complète.
nt au second cas, il n'en différa que par sa gravité plus
de, par suite de l'asthénie cardiaque dont souffrait le
ıde.

ıuteur attire d'autant plus l'attention sur les résultats

favorables fournis par les bains chauds que, dans les
cités plus haut, il avait échoué avec toutes les m
usuelles continuées pendant plusieurs jours consé
Les bains étaients prescrits tous les jours; leur te
atteignait 40 degrés centigrades; leur durée était d
nutes environ.

Traitement de la fièvre des tuberculeux, par le 1
(*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1895). — Q
de la fièvre soit presque continu ou qu'il soit ren
cure d'air libre, *au repos*, et continuée autant qu
la nuit, constitue le plus puissant des moyens co
berculose fébrile.

Dans les deux cas on s'abstiendra des médicame
rétiques (quinine, antipyrine) donnés par la voie s

Contre les accès quotidiens ou biquotidiens, a
type on donnera le matin, dans une tasse de lait ch
une cuillerée à café de la teinture suivante :

Teinture de kola...............	ãã 30 gram
Teinture de coca...............	

et après le repas un verre à bordeaux de vin d
Des frictions sèches et alcooliques seront faites
sur tout le corps.

Contre les grands accès du second type on
préférence les injections hypodermiques de qu
tipyrine sous les formules suivantes :

Bichlorhydrate de quinine..	5 grammes.
Eau distillée...............	10 centimètre

Cette solution doit être claire. Injections
sière en enfonçant profondément l'aiguille.

Une seringue de Pravaz renferme 0,50 ce

Antipyrine...........................
Eau de laurier-cerise.................
Eau distillée.........................

À employer surtout quand la fièvre survient à l'occasion un rhume, d'une légère congestion.

Traitement de l'hémoptysie, — M. W. Morain, (dans la *vue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, ne les conseils suivants :

ès qu'un malade crache le sang, il faut le débarrasser ous les vêtements capables de comprimer le thorax et le ; puis le faire asseoir, de façon que le tronc soit presque ical. Il faut exiger de sa part un silence et un repos lus et faire ouvrir les fenêtres de la chambre.

ı peut, en attendant mieux, lui faire sucer de petits fragts de glace, sans espérer toutefois en obtenir des réıts bien sérieux.

is on administrera de l'ergotine ou mieux de l'ergoti-, en se servant de préférence de la voie sous-cutanée.

injectera par exemple de la solution suivante :

Ergotine	2	grammes.
Glycérine neutre	15	—
Eau	15	—

en on fera usage de la solution d'ergotinine de Tanret enferme un milligramme de principe actif par centi-ɜ cube ; on en injectera d'abord une demi-seringue et on 'a renouveler la dose toutes les deux ou trois heures, toutefois dépasser autant que possible 2 milligrammes. l'on n'a pas à sa disposition d'ergotine, on donnera de ›t de seigle à la dose de 2 à 3 grammes.

évitera de faire usage du perchlorure de fer dont on n droit de rien attendre et on s'adressera à l'opium, en pilules, en faisant prendre au malade d'heure ɜure, et jusqu'à somnolence, une pilule de 25 millimes d'extrait thébaïque (on peut sans inconvénient ıdre 25 et même 30 centigrammes dans les vingt-quatre ɜs), soit sous forme d'injections sous-cutanées de mor-

phine dont l'effet est beaucoup plus rapide (1 à 2 cen grammes de morphine). Voici encore une autre manié d'administrer l'opium : elle consiste à faire prendre au n lade, par cuillerées à soupe, dans la journée, la potion si vante :

Extrait thébaïque.........	10 à	25 centigrammes.
Eau de Rabel..................		5 grammes.
Eau............................		120 —

En même temps, on s'efforcera d'obtenir une révulsion a énergique que possible : pour cela appliquer des sinapis aux membres inférieurs et des ventouses sèches sur la trine.

Dans les hémorragies abondantes, la ligature des men est parfois utile, et, lorsqu'il y a menace de syncope piqûres d'éther et l'administration de lavements d'eau : que le malade gardera, peuvent rendre de bons service:

Si tous ces moyens échouent, on aura recours à l'ipéc l'on peut administrer de deux manières différentes : dose vomitive, en faisant prendre au malade de 2 à 4 gra d'ipéca dans l'espace d'une demi-heure, soit à dose séeuse, en donnant cinq à six fois de suite, à dix m: d'intervalle, 10 centigrammes de poudre d'ipéca. Da même ordre d'idées et pour provoquer l'état nauséeux. prescrivons volontiers 25 à 30 centigrammes de tartre dans un julep gommeux, dont le malade doit prendr cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Enfin l'application d'une vessie de glace sur la p produit souvent de bons effets.

Comme alimentation, on ne permettra que du lait du champagne frappé, du bouillon froid et de la lim citrique.

Voilà en quelques mots la conduite à tenir.

Il nous reste pour terminer à ajouter quelques mo les moyens adjuvants à mettre en œuvre en présence

ıtteint d'hémoptysie. Ici l'indication la plus for-
'administrer les toniques du cœur, on prescrira
tale ou la caféine.

Électrothérapie.

ıérapeutique des courants à haute fréquence ; Berlioz, Académie des sciences, 18 mars 1895. ıtée par M. d'Arsonval). -- M. le professeur d'Ar-,roduit en électrothérapie des procédés nouveaux :on basés sur l'emploi des courants à haute fré-

stoli et Berlioz ont expérimenté, depuis un an, une ıodes (l'auto-conduction) sur soixante-quinze ma-i les conclusions cliniques sommaires de ces au-viennent confirmer pleinement les découvertes ues du professeur d'Arsonval sur le même sujet. ants, lorsqu'ils enveloppent complétement le ma-ssent par auto-conduction, restent inefficaces et ; contre la plupart des troubles hystériques et ıines névralgies localisées, ainsi que les névrites, ıissent pas directement justiciables de leur action mais ces mêmes courants exercent une influence t puissante sur l'activité nutritive, qu'ont démon-ılyses d'urine, et qui se traduit par une suractivité es combustions organiques : diminution du chiffre rique, — élévation jusqu'à la normale du taux de ›ndance au rapprochement vers leur rapport res-:n de 1/40e.
:s courants exercent-ils une action modificatrice e contre les troubles provoqués par un ralentis-une perversion de la nutrition, et ils manifestent leur action bienfaisante par une restauration des de l'énergie musculaire, le réveil de l'appétit, mmeil, etc., toutes modifications qui précèdent les

améliorations locales qui s'opèrent ultérieurement dans troubles locaux trophiques ou douloureux.

En résumé, MM. Apostoli et Berlioz viennent apporte preuve clinique qui démontre que les courants à haute quence sont destinés à devenir une médication puissante (les maladies dites par *ralentissement de la nutrition* (art tisme, rhumatisme, goutte), et très probablement aussi (la glycosurie, conformément à ce qu'avait annoncé M. d sonval.

Maladies de la peau.

Traitement de la pelade (Communication du docteur Sal reaud à la Société de dermatologie; séance du 9 mai 1815 Voici la technique adoptée par l'auteur :

1° Traiter la plaque péladique par une couche de vésicat liquide;

2° Le lendemain, abrasion de la phlyctène, pour mettr chorion à nu. Puis application de nitrate d'argent au quinzié

Les résultats obtenus par l'auteur sur cent cas notés de six mois, comparativement à ceux des autres médicat classiques, tiennent le premier rang par leur rapidité.

Traitement du favus par la chaleur (F. Zinsser, *Ar für Dermatologie und Syphilographie*, Bd. XXIX). — S puyant sur les données expérimentales, d'après lesquelle parasite du favus est très sensible à la chaleur et meur quelques heures exposé qu'il est à une température 50 degrés centigrades, l'auteur a essayé l'action de la cha dans quatre cas de favus.

Après avoir rasé le cuir chevelu, il couvrit la tête des lades de compresses imbibées de sublimé (à 1/25000); sur compresses, il apposa l'appareil de Leider ou des tubes zinc en spirale parcourus par un courant d'eau à 50 deg centigrades. Cet appareil était conservé pendant toute journée et il n'était enlevé que la nuit.

ır les quatre cas traités, la guérison définitive survint dans ; cas après huit jours de traitement; échec dans le quame cas où les conditions étaient défavorables.

:aitement du prurit scrotal. Dr Brocq (*Consultation :rne. Hospice La Rochefoucauld. In Presse Médicale*, juin 1895). — Le prurit du scrotum est une affection des ; pénibles et des plus rebelles. C'est une véritable névrose .née (Brocq), susceptible de généralisation, car il n'est pas : de trouver, chez les sujets qui en sont atteints, des ues de névro-dermites. Cette névrose produit des démansons parfois continuelles, plus souvent soumises à des exa›ations plus ou moins fréquentes, survenant sous forme cès, principalement le soir vers cinq heures ou dix heures. ›esoin de se gratter, absolument impérieux, peut amener éritables crises nerveuses générales et même du délire; ; certain cas, on a vu ces accès devenir insupportables, ›oint de suggérer à ceux qui en sont atteints des idées de ide.

›ntre cette affection qui peut, par ses conséquences, :nir si grave, il faut instituer un traitement local et śral. M. Brocq conseille le traitement suivant :

D'abord, l'enveloppement phéniqué qui lui a souvent ıé d'excellents résultats. Voici comment on doit procéder. ›rmuler une solution phéniquée forte, ainsi composée :

Acide phénique	20	grammes.
Glycérine neutre	75	—
Alcool	25	—
Eau distillée	300	—

aire un mélange avec une partie de cette solution et tre parties d'eau très chaude. Prendre de la tarlatane, la r en huit à dix doubles et la tremper dans la solution. ›liquer cette compresse ainsi imbibée sur le scrotum de ›n à l'envelopper complètement et la maintenir à l'aide ı suspensoir en caoutchouc.

2° Contre les accès on ordonnera de l'antipyrine à la dose de un gramme, dont 50 centigrammes avant chaque accès. Cependant, il faut se montrer très prudent dans l'emploi de l'antipyrine; de même que l'on doit se défier du chloral, des bromures, des opiacés, du salicylate de soude, qui peuvent produire des éruptions et augmenter le prurit au lieu de l'atténuer.

3° On aura recours en même temps à la médication sédative générale, à l'aide de l'hydrothérapie appropriée sous forme de douches tempérées, en arrosoir, à faible pression, à l'aide des préparations de valériane, surtout de valérianate d'ammoniaque pris le soir avant le coucher, en capsules ou solution dans de l'infusion de tilleul.

Enfin M. Brocq a obtenu au point de vue sédatif, de très bons effets de l'acide phénique que l'on pourra administrer en pilules ainsi formulées :

Acide phénique.............	0gr,05 centigrammes.
Extrait de valériane........	0gr,10 —
Poudre de valériane.........	0gr,20 —

A la dose de 20 à 60 centigrammes par jour, prise aux repas.

4° On apportera grande attention au régime en défendant tous les excitants, tabac, vin, café, thé, liqueurs, et en prescrivant comme boisson, du lait, de l'eau naturelle ou des eaux alcalines, comme aliments, des viandes rôties et grillées, blanches de préférence, des légumes verts, des fruits cuits, parfois on imposera même le régime lacté exclusif (Besnier). En tous cas, il faudra régulariser les garde-robes.

Enfin on surveillera le système nerveux, de façon à éviter le surmenage physique et intellectuel, les émotions, les préoccupations morales.

Frictions contre le prurit de l'ictère, par le Dr Boulland, de Limoges (*Limousin médical*). — L'auteur préconise comme

'en de désobstruction des canaux sudoripares, des cris-
: de cholestérine qu'ils contiennent, des frictions faites
: la préparation suivante :

Alcool........................	} åå	40 grammes.
Ether sulfurique..............		
Ichthyol......................		10 —

. S. A. pour l'usage externe. En frictions cutanées.

Maladies des enfants.

e bain froid dans la pneumonie chez les enfants Comby, Société médicale des hôpitaux; séance du 17 mai 5). — L'auteur fait remarquer qu'il ne faut pas craindre voir recours à la balnéation froide, même dans la première ance.

Dans la pneumonie, le bain froid à 25, 24, 23, 20 degrés me, suivant les âges et suivant les cas, rend de très grands vices, en abaissant la température, en tonifiant le malade, ralentissant le pouls et la respiration. Les bains à 25 degrés t bien supportés, même par les enfants les plus jeunes; nés avec prudence, ils ne comportent aucun inconvénient, I. Sevestre, Rendu, Cazal, Siredey partagent cet avis. Hayem croit que les tout jeunes enfants tirent même un s grand bénéfice des bains froids que les adultes.

raitement de l'entérite aiguë infantile, d'après le doc-r Grancher. — Les indications cliniques et thérapeutiques endent, d'après le professeur Grancher, du régime alimen-'e de l'enfant au sein, au biberon ou au sevrage.

l faut, tout d'abord, remédier aux erreurs d'alimentation sont la cause la plus fréquente d'entérite.

L'entérite existe : lavage intestinal avec 1 litre d'eau bouillie, de, additionnée d'eau de Vichy. On procède à l'aide d'un le de calibre moyen, introduit à une profondeur de 15 cen-

timètres environ, jusqu'à l'S iliaque, et un entonnoir à débit modéré et assez lent.

L'enfant est placé dans le décubitus latéral, alternativement à droite et à gauche, pour promener le liquide sur les divers points des parois de l'intestin.

Contre la *diarrhée fétide :* injection de calomel, dosé à 5 centigrammes et combiné, s'il y a lieu, avec l'administration du laudanum à la dose d'une goutte d'heure en heure.

Contre les *vomissements*, lavage stomacal.

Diète hydrique par l'eau albumineuse.

Pas d'aliments jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

En cas d'affaiblissement, eau champagnisée.

Convalescence : Régime lacté absolu le premier jour, avec du lait bouilli ou stérilisé, par cuillerées à soupe d'heure en heure. Le deuxième jour, on doublera la dose de lait à chaque repas, et, progressivement, on l'augmentera d'un jour à l'autre pour arriver, dans un septenaire, à la ration normale quotidienne d'un litre environ, suivant l'âge.

Après ce délai, régime ordinaire; surveiller l'alimentation pour éviter les récidives.

Chambres de vapeur dans le croup. Dr Variot (*Communication à la Société médicale des hôpitaux* (*7 juin* 1895). — A l'hôpital Trousseau, l'auteur a pu, grâce aux chambres de vapeur, diminuer considérablement le nombre des interventions dans le croup.

Quant les enfants commencent à avoir du tirage, quelle que soit la nature de la laryngite, il les met dans une atmosphère sursaturée de vapeur d'eau, après avoir fait préalablement une injection de sérum antidiphtérique. Il suffit de faire évaporer l'eau d'une bassine placée sur un bec de gaz ou une lampe à alcool.

Cette vapeur d'eau, inhalée avec l'air atmosphérique, exerce sans doute une action déliquescente sur les membranes dont elle favorise l'expulsion et aussi une action sédative sur les

ıerfs de la muqueuse laryngée. Les phénomènes spasmodiques t le cornage cèdent au bout de quelques heures.

Cette médication peut être employée à la ville et à la cam-'agne, l'action de la vapeur d'eau dans le croup paraît être .n puissant adjuvant de la sérumthérapie.

Gynécologie.

Le massage gynécologique dans la métrite parenchyma-›use, par E. Hugon. (*Revue clinique d'andrologie et de gy-écologie*). — La métrite parenchymateuse est la suite ordi-ıire des phlegmasies aiguës de l'utérus, surtout lorsqu'elles ›nt *d'origine puerpérale*. Elle résulte en dernière analyse un *trouble circulaire* produisant des exsudats, des épais-ssements dont la conséquence est de déterminer un syn-'ome clinique très complexe.

Le trouble circulaire n'atteint pas seulement les capillaires .nguins, les artères et les veines. Il porte aussi son action ır le *réseau lymphatique*.

Il est vrai que les notions physiologiques que nous possé-'ns sur la circulation de ce système étant assez restreintes, us connaissons assez peu les modifications qu'il subit sous ıfluence de la maladie. Mais ces altérations ne sauraient 'e niées. Du reste, le microscope en établit l'existence.

En somme, dans toute métrite parenchymateuse, nous ıs trouvons en face d'un *trouble circulatoire primitif por-ıt d'une part sur les vaisseaux sanguins et de l'autre* " *les lymphatiques*.

L'expérience de tous les jours prouve que, quel que soit rgane atteint, un des meilleurs moyens de lutter contre :te double insuffisance de la circulation, c'est le massage. I accélère la marche du sang, s'oppose aux stagnations, ıive les échanges nutritifs, favorise la résolution des exsu-ts, stimule l'énergie de l'élément musculaire.

Il agit en un mot sur l'ensemble des tissus composant l'organe, en en modifiant complètement la nutrition élémentaire.

Nous ne voulons pas exposer ici le tableau clinique de la métrite parenchymateuse. Il est trop connu des praticiens. Notre désir n'est pas non plus de montrer que cette entité pathologique peut conduire la malade à des complications nombreuses au nombre desquelles il faut placer les *corps fibreux*.

Contentons-nous d'indiquer comment, dans notre pratique, nous procédons.

Le massage est d'ordinaire mal supporté dès les premières séances, surtout si la malade est nerveuse, impressionable.

Nous conseillons donc une grande *prudence au début* afin de ne pas décourager la patiente et de ne pas irriter l'utérus. Il faut que celui-ci fasse pour ainsi dire connaissance avec la main du masseur. Je n'ai pas vu de cas où la tolérance ne se soit pas produite au bout de quelques séances.

Il faut savoir que parfois les symptômes et en particulier la leucorrhée s'exagèrent au commencement du traitement pour s'atténuer ensuite et bientôt disparaitre.

Manuel opératoire. — Placer la malade dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Se mettre à sa droite, introduire l'index seul, ou mieux (si c'est possible) l'index et le médius de la main droite dans le vagin. Imprimer au col des *mouvements doux* pour commencer, puis progressivement, exercer sur lui des *frictions* de plus en plus fortes et, enfin, un véritable pétrissage. Dans cette succession de manœuvres, on doit tenir un compte absolu des phénomènes réactionnels de la malade, et modérer ou activer l'action mécanique suivant le degré de sensibilité du sujet.

Pendant que la main droite agit sur le col, la *gauche placée sur la paroi abdominale, exerce une action semblable et parallèle sur le fond de l'utérus.*

Chaque séance peut se prolonger 10 et même 15 minutes,

t se renouveler deux ou trois fois par semaine, si la tolé-
ance le permet.

Une trentaine de massages ont raison des cas les plus mau-
ais. Inutile d'ajouter que les précautions antiseptiques sont
i, comme dans toute intervention gynécologique, d'absolue
écessité.

REVUE DES LIVRES

Thérapeutique.

Maladies internes et maladies des enfants, par le Dr C. J. SMITH,
Moscou. 2me édition. Paris, 1895. Société d'éditions scientifiques.
volume 200 pages.)

Comme le dit l'auteur lui-même, ce livre est le résumé des pro-
lés thérapeutiques des notabilités médicales tant de la Russie que
l'étranger. Destiné au médecin praticien, il est basé sur ce que
science offre de véritablement pratique dans les observations faites
lit du malade. Le praticien y trouvera, à chaque affection classée
: ordre alphabétique, le traitement le plus rationnel et le plus sim-
ment exposé de ces affections.

C'est un vade-mecum qui rendra des services aux médecins.

Pathologie externe.

*Traité des tumeurs de la vessie. Tumeurs intra-vésicales et para-
icales*, par le Dr CLADO ; préface par le professeur S. DUPLAY.
ciété d'éditions scientifiques, 1 volume 750 pages avec 126 figures
18 tableaux dans le texte. Prix : 16 francs.)

e nouveau traité des tumeurs de la vessie est le plus complet qui
ste sur cette question. L'auteur, élève du professeur Guyon, ayant
ι traité la question dans un mémoire couronné du prix Civiale
886 a, depuis cette époque, complété et transformé ce mémoire
un véritable traité théorique et pratique s'adressant aussi bien
clinicien qu'à l'anatomo-pathologiste, à l'opérateur qu'à l'étu-
t, indispensable au médecin praticien aussi bien qu'au spécialiste
affections des voies urinaires. Cette œuvre essentiellement ori-

ginale et très complète permettra au lecteur de se mettre au courant de tout ce qui a trait à cette intéressante question.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par le Dr J. PÉAN, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Tome III. — 1 fort volume, grand in-8°, avec 228 figures intercalées dans le texte. Paris, 1895. (Prix : 15 francs; G. Masson, éditeur.)

Ce tome III du *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin* contient tout ce qui a trait aux tumeurs de l'utérus, des ligaments ronds, des ovaires, des trompes et du péritoine pelvien.

Un très grand nombre de figures, pour la plupart originales, ajoutent à la clarté du texte. Le lecteur retrouvera dans ce volume les qualités de clarté et de netteté dans l'exposition, bien connues de l'éminent chirurgien. C'est là un livre excellent et des plus utiles à consulter pour le praticien.

Un 4e *volume*, publié sous forme d'*Addendum* est sous presse. Il comprendra, outre les tumeurs de l'anus et du rectum, la description de toutes les nouvelles méthodes opératoires, soit du côté de l'abdomen, rein, pancréas, péritoine, vésicule biliaire, intestin, soit du côté du bassin, vessie, prostate, uretères, utérus.

Manuel de Diagnostic chirurgical, par SIMON DUPLAY, E. ROCHARD et A. DEMOULIN. 1er fascicule : Examen du malade. Moyen d'exploration clinique. Crâne. Face. Cou (Anatomie clinique. Exploration. Diagnostic.) Paris, Octave Doin, éditeur, 1895 ; prix : 4 francs.

Ce livre comble une lacune très sensible. Jusqu'à ces derniers temps, les médecins français n'avaient à leur disposition que le livre d'Abert (*diagnostic chirurgical*), qui a déjà notablement vieilli. La chirurgie s'est développée considérablement et d'une manière inattendue dans les dix dernières années, et un livre de diagnostic chirurgical, digne de ce nom, devait s'inspirer de tous les progrès accomplis et utiliser tous les nouveaux procédés d'exploration passés en pratique, grâce au développement incessant de toutes les sciences accessoires de la médecine et de la chirurgie. Les auteurs n'ont pas failli à leur tâche, l'exposition est à la hauteur de nos sciences actuelles et faite de main de maître. Les figures en couleur intercalées dans le texte facilitent énormément la lecture du livre et gravent dans la mémoire les faits cliniques auxquels elle se rapportent.

Le deuxième fascicule terminant l'ouvrage paraîtra à la fin de l'année.

Affections chirurgicales des membres (Statistiques et observa-ns), par le Dr POLAILLON. (Paris, 1895. O. Doin, éditeur.)

« Tel est, dit le docteur Schwartz, le titre d'une œuvre chirurgicale nsidérable, résumé de la pratique hospitalière durant quinze an-es de notre collègue à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu.

« L'on y trouve méthodiquement rangées et soumises à la discussion ıtes les lésions des membres inférieurs, puis des membres supé-urs, que le docteur Polaillon a pu observer.

« Les principales observations sont longuement détaillées, les résul-s opératoires et thérapeutiques sont minutieusement analysés et ıteur discute le pour et le contre de la détermination qu'il a prise. la fait du livre de notre collègue une vraie revue clinique du nbre considérable de faits qui lui ont passé entre les mains, et, à titre, comme à beaucoup d'autres encore, il mérite tous nos ges. »

Médecine générale.

The medical annual, 1895. (Bristol, John Wight et Cie éditeurs.)

Cet annuaire est déjà à sa quatorzième année et est tout à fait ;ne de ses prédécesseurs. Il contient les chapitres suivants : I. Nou-ıux remèdes; II. Electrothérapie, par A. D. Rockwell (p. 55-64); . Traitement anti-microbien, par Alfred, H. Castés (p. 65-71); . Nouveaux traitements en chirurgie et en médecine, par ordre ›habétique des organes (p. 72-524) avec un appendice sur la séro-ìrapie de la diphtérie, par M. Armand Buffer (p. 525-530); V. Les iences sanitaires, par J. Priestley (p. 531-550); VI. Nouveaux ap-reils et nouvelles préparations pharmaceutiques et diététiques . 551-583); VII. Liste alphabétique des asiles pour aliénés, idiots et cooliques en Angleterre (p. 584-598); VIII. Liste des établissements rdropathiques en Angleterre (p. 599-602); IX. Bibliographie anglaise ›ur l'année 1894.

Le livre est accompagné de vingt-trois planches hors texte dont uelques-unes en couleurs, et de figures dans le texte qui sont très ien faites.

Il rendra de grands services aux médecins et aux pharmaciens qui consulteront avec fruit. Il est très bien édité.

Étude sur les Virus, par J. HAMEAU (1836-1847). (1 volume de 10 pages, G. Masson, éditeur. Prix : 4 francs.)

Ce livre est un opuscule écrit en 1836 par le docteur J. Hameau,

médecin à la Teste, et publié en 1847 dans la *Revue médicale*, comme nous l'apprend le professeur Grancher dans la préface qu'il a écrite au commencement de l'ouvrage.

Il a été publié à nouveau par le docteur Hameau d'Arcachon, fils de l'auteur de l'*Étude sur les virus*, sur les conseils du professeur Grancher. Le distingué médecin d'Arcachon fait précéder le travail du docteur J. Hameau d'une introduction sur l'Histoire des doctrines médicales depuis les premiers âges de la médecine jusqu'à nos jours. Le lecteur pourra ainsi comprendre comment Jean Hameau fut un précurseur de Pasteur et pressentit, dès 1847, la nature animale ou végétale des germes morbides.

Dans la lecture du travail, le lecteur verra comment Jean Hameau sans autre instrument à sa portée que la clinique et le raisonnement, est arrivé à affirmer la nature vivante des virus. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine liront ce livre.

Hygiène.

Manuel d'Hygiène coloniale, par le Dr NAVARRE. (1 volume de 620 pages. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.)

Ce livre est le véritable guide de l'Européen dans les pays chauds. Mis complètement au point avec les idées nouvelles sur la pathogénie bactérienne et d'excellentes idées originales de l'auteur, le lecteur pourra y trouver tous les renseignements utiles sur la climatologie et l'acclimatement; sur les affections que peuvent avoir les Européens pendant leur premier séjour et surtout sur les moyens d'éviter ces affections. La question d'hygiène y est particulièrement traitée avec soin, tant au point de vue de l'hygiène privée qu'à celui de l'hygiène publique.

Ce livre est non seulement destiné aux médecins de la marine ou de l'armée, il intéresse aussi tous les praticiens qui y puiseront d'excellents conseils à donner aux personnes qui viendront les consulter sur les pays chauds et les conditions à suivre dans ces contrées pour éviter les maladies.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi (Cl.) 157.7.95.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète par la médication alternante,

(suite et fin).

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

VI

DEUXIÈME ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT (1).

Le quatrième ou le cinquième jour, au plus tard, on cesse les paquets d'antipyrine et l'on entre dans la deuxième étape du traitement alternant. Les médicaments sont le sulfate de quinine, les arsenicaux, la codéine, le carbonate de lithine.

Envisageons rapidement l'effet de ces agents sur les échanges.

Le *sulfate de quinine* amoindrit la destruction des matières albuminoïdes et des organes riches en soufre et en phosphore. Il diminue l'excrétion de l'acide carbonique, et l'absorption de l'oxygène. C'est un sous-oxydant.

L'*arsenic* réduit les oxydations générales et les mutations azotées et phosphorées.

Les *alcalins et les alcalino-terreux* diminuent l'activité fonctionnelle des cellules hépatiques, l'activité générale de tous les tissus, ralentissent la formation de l'urée et de l'acide urique, en un mot, retardent la nutrition.

La *codéine* participe aux propriétés des opiacés dont je

(1) Voir le numéro du 15 juillet.

parlerai tout à l'heure. Mais disons tout de suite qu'elle diminue le coefficient d'utilisation azotée, la glycosurie et la polyurie.

Tels sont les médicaments de la deuxième étape, tous modérateurs des échanges : j'associe leur emploi de la façon suivante :

1° Avant le déjeuner de midi, un cachet de sulfate de quinine de 0gr,40. Continuer six jours ; cesser quatre jours ; reprendre pendant six jours.

2° Avant le premier déjeuner et avant le dîner, un cachet contenant :

Arséniate de soude..............	0,002	à	0,003
Carbonate de lithine.............	0,10	à	0,15
Codéine.....	0,02	à	0,04
Poudre thériacale...............	0,25		
Extrait de quinquina sec et pulv.	0,40		

Pour un cachet. Faites 30.

La *poudre thériacale* intervient dans notre formule comme un moyen de favoriser la tolérance stomacale des autres médicaments et de fournir un léger renfort opiacé.

Les *adjuvants* de cette deuxième étape sont les mêmes que ceux de la première ; huile de foie de morue, vin de quinquina, sel de Seignette en cas de constipation, eau minérale bicarbonatée sodique de faible minéralisation aux repas.

VII

TROISIÈME ÉTAPE DU TRAITEMENT ALTERNANT.

Après quinze jours, on cesse le traitement de la deuxième étape et l'on commence celui de la troisième, dont les agents sont : l'opium et la belladone, le bromure de

ım, les alcalins, la valériane, tous modérateurs des es.

opiacés jouissent depuis longtemps d'une grande dans le traitement du diabète. Tout le monde s'ac-ur leur utilité, avec cette réserve qu'il ne faut pas .es doses, ni les employer trop longtemps de suite, .dministrer aux malades menacés d'acétonémie, pas ı'aux diabétiques affaiblis, frisant la cachexie ou ; de graves complications rénales. On a fait bien des s sur l'action des opiacés, mais ce qui donne le secret vogue, c'est encore et toujours leur action sur la ›n... Associés à la belladone, par Villemin, ils di-ıt la désassimilation totale, la désassimilation azotée, dations azotées et les oxydations nerveuses. En un ; retardent les mutations nutritives à la faveur de fluence sur le système nerveux.

'alériane, sous forme d'extrait, possède des effets ues sur la nutrition élémentaire. Elle a, de plus, age d'être un modificateur de la polyurie ; elle agit n sens restrictif, sur la glycosurie et l'azoturie.

romure de potassium, auquel Begbie et Félizet attri-le si remarquables succès n'est pas entré plus géné-nt dans la pratique, parce que ses promoteurs ont t des doses trop élevées, qui déprimaient les malades. aisse que faiblement la désassimilation et les oxyda-zotées, mais il diminue notablement l'élimination des ıates terreux dont on connaît les rapports avec les 'es qui se font dans le système nerveux. Schulze, ırs, conclut de ses expériences que le bromure de um diminue les mutations dans le système nerveux ıt d'engendrer un affaiblissement dans l'activité de ème.

ırincipe, le bromure de potassium n'interviendra donc ɜssoirement dans le traitement, puisque s'il combat

Urines	Densité des urines	Sucre
4.200	1034	190
4.100	1033	185
4.000		180
3.900	1032	175
3.800		170
3.700	1031	165
3.600		160
3.500	1030	155
3.400		150
3.300	1029	145
3.200		140
3.100	1028	135
3.000		130
2.900	1027	125
2.800		120
2.700	1026	115
2.600		110
2.500	1025	105
2.400		100
2.300	1024	95
2.200		90
2.100	1023	85
2.000		80
1.900	1022	75
1.800		70
1.700	1021	65
1.600		60
1.500	1020	55
1.400		50
1.300	1019	45
1.200		40
1.100	1018	35
1.000		30
900	1017	25
800		20
700	1016	15
600		10
500	1015	5
400		0
	1014	

Janvier: 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Février: 1 2 3 11 12 14 16 17 18 20 22 24 25 26 27 28

Mars: 2 3 4 5 8 11 15 16 18

Ni traitem.t | Régime | 1re Série du traitem.t | 2e Série du trait.t altern.t | 3e Série du trait.t altern.t | 1re Série du trait.t | 2e Série du traitem.t alternant

le symptôme glycosurie — ce qui est loin d'être constant — c'est par l'intermédiaire d'une influence *trop dépressive* sur le système nerveux, directeur de la nutrition. Nous n'utiliserons donc le bromure de potassium que d'une façon exceptionnelle, chez les sujets nerveux, les femmes en particulier, et sans dépasser 2 ou 3 grammes dans les vingt-quatre heures, pendant huit à dix jours, au plus.

Les médicaments de la troisième étape seront associés ainsi qu'il suit :

1° Pendant huit jours, administrer l'extrait thébaïque, la belladone et l'extrait de valériane, selon la formule ci-dessous :

Extrait de belladone....................	0,005
— thébaïque......................	0,01
— de valériane....................	0,10
Poudre de quinquina..................	Q. S.

Pour une pilule. Faites 50.

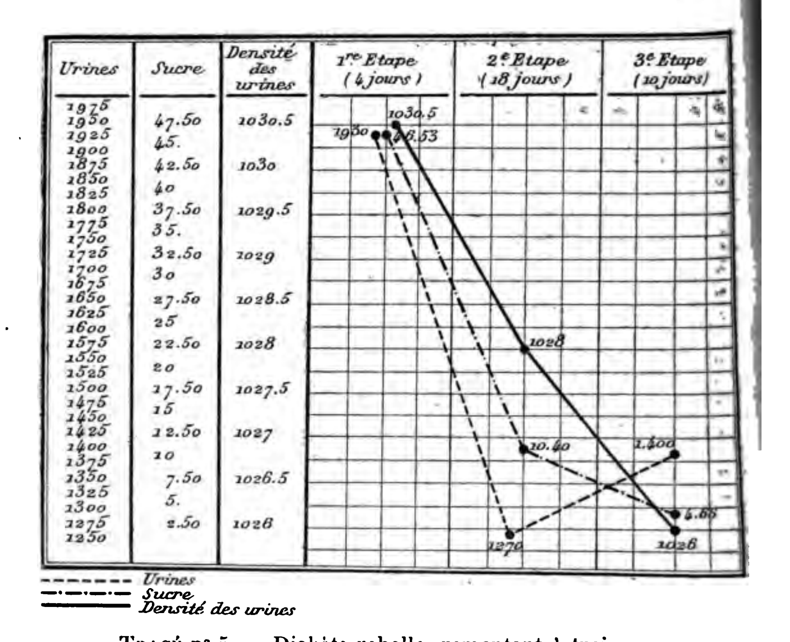
Pendant le premier et le second jours une pilule toutes les six heures ; le troisième et le quatrième jours, une pilule toutes les quatre heures ; le cinquième et le sixième jours une pilule toutes les trois heures ; le septième et le huitième jours une pilule toutes les six heures ; le neuvième et le dixième jours toutes les huit heures.

TRACÉ n° 1. — Observation d'une femme de 40 ans entrée à l'hôpital pour une métrite et chez laquelle on reconnut ensuite le diabète. État général satisfaisant, la malade est obèse, elle a cependant un peu maigrie dans les derniers mois. Dès le début du traitement le sucre tombe de 186 grammes à 48 grammes rien que par le régime. Le taux du sucre oscille autour de ce chiffre, c'est alors qu'intervient le traitement. La malade est indocile et commet souvent des écarts qui amènent des oscillations très brusques dans l'élimination du sucre. Après deux mois on tombe à 20 et 12 grammes de sucre et la malade quitte l'hôpital, malgré nos conseils

2° Durant cette période, faire boire dans la journée, de préférence aux repas, de l'eau bouillie additionnée par litre, après refroidissement, de 8 grammes de bicarbonate de soude. Laisser reposer et décanter pour avoir un liquide clair.

3° Cesser l'huile de foie de morue ; continuer le vin de quinquina pendant les repas.

Si les malades présentent une intolérance particulière



TRACÉ n° 5. — Diabète rebelle, remontant à trois ans.

pour l'opium et la belladone, ou si l'on a affaire à des femmes très nerveuses, remplacer les pilules précédentes, par 2 à 3 grammes de bromure de potassium par jour, en deux ou trois doses de 1 gramme pendant huit jours.

VIII

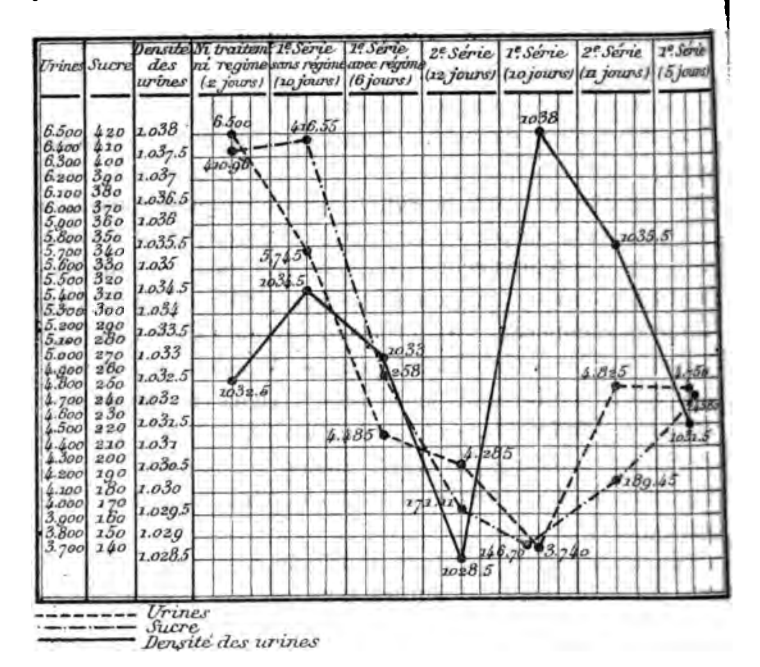
DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT.

ame j'ai déjà indiqué chemin faisant, la manière dont
tement alternant devait être appliqué, je serai bref
technique générale.
; un diabétique type, floride, avec une azoturie plus
›ins élevée, d'origine alimentaire, et une abondante
surie.
commence par le soumettre au régime classique
›uchardat pendant une période d'épreuve de cinq à
jurs. Ce temps écoulé, on pratique un dosage du su-
l'on passe à la première étape du traitement, dont
›yrine constitue l'agent prédominant. On la continue
ınt quatre à cinq jours, puis on la cesse, et l'on pra-
une nouvelle analyse de l'urine. Deux cas peuvent se
nter. Parfois dans des cas de diabète récent, chez des
es névropathes, le sucre disparaît; le plus souvent,
'cosurie, l'azoturie et la polyurie sont simplement ré-
s.
ns le premier cas, il est inutile de passer à la seconde
du traitement; il suffira d'un régime sévère, long-
s continué pour maintenir la guérison.

---

cé n° 5. — Homme de 35 ans, malade depuis au moins trois
.e diabète a résisté jusqu'ici à tout traitement, nitrate d'urane,
nine, valériane, opium et régime ont échoué. Le sucre n'est
n quantité élevée, mais il se maintient toujours entre 40 et
ımmes. Le traitement alternant étant essayé le sucre baisse
'apidité et très régulièrement, de telle façon que après 32 jours
itement le sucre est tombé à 5 grammes en même temps que
général est très amélioré. Le malade quitte l'hôpital à ce
ınt.

Dans le second cas, ne cherchez pas à accentuer la diminution du sucre en prolongeant l'antipyrine ; contentez-vous provisoirement de cette diminution, mais en cherchant à la maintenir. C'est pour y arriver qu'on procède à la deuxième étape du traitement dont la durée est de quinze jours environ.



TRACÉ n° 6. — Diabète pancréatique.

Alors, une autre analyse vous apprendra, soit que le sucre a encore diminué ou est resté stationnaire, soit qu'il a augmenté. Généralement l'abaissement obtenu par l'antipyrine s'accentue légèrement pendant les dix premiers jours, puis le sucre tend ensuite à remonter. Dans ces conditions, on entame la troisième étape.

S'il y a encore du sucre après celle-ci, on recommence la érie. Mais que le sucre disparaisse ou non après cette seonde série, il faut néanmoins cesser pendant quelque emps, un mois, par exemple, tout traitement médicamenux et s'en tenir au régime seul, puis reprendre la série omplète après cette interruption et ainsi de suite, jusqu'à e qu'on ait fait disparaître le sucre ou qu'on l'ait abaissé un taux irréductible.

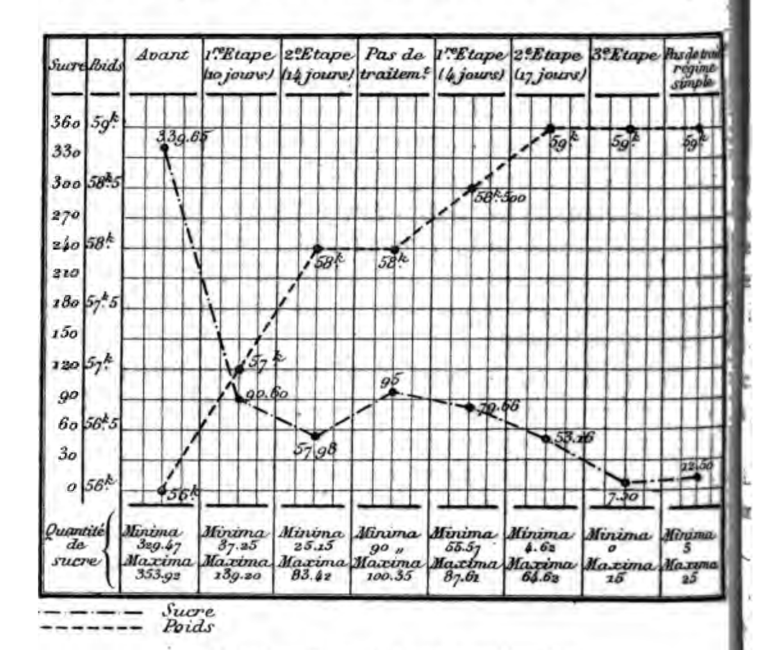
Pendant le mois d'interruption, on continuera l'usage des ux alcalines si le malade est encore azoturique. Mais si ı contraire, l'urée tend à baisser au-dessous de la normale que le diabétique se plaigne d'un peu de faiblesse, on ssera résolument les alcalins, sous quelque forme que ce it, et l'on pourra même, quelquefois, en présence d'un aissement trop marqué de coefficient d'oxydation ou utilisation azotée, administrer temporairement une préıration ferrugineuse.

Dans les cas où le sucre aura totalement disparu de ırine après l'une quelconque des étapes du traitement ternant, le diabétique ne doit pas encore se considérer mme guéri ; il est tenu de ne reprendre qu'avec une trême circonspection l'usage des féculents, puis des fruits du sucre. Il ne devra y revenir que lorsque ceux-ci ne ont plus nuisibles, et l'on ne peut le savoir qu'en faisant ssai des urines après chaque tentative alimentaire.

Voici, par exemple un diabétique dont le sucre a disparu s urines et n'a pas reparu pendant quinze jours ; alors, le

'RACÉ n° 6. — Diabète considérable d'origine pancréatique. Amaissement rapide, état d'affaiblissement considérable. Cette obser-on est à rapprocher de celle du tracé n° 3, elle montre que, si nédication amène une chute rapide du sucre, celui-ci se maint malgré tout à un chiffre très élevé et qu'après une amélioration nentanée, la courbe du glucose a toujours tendance à remonter gré le traitement.

malade prend un peu de pain à ses repas ; si le sucre ne se montre pas dans l'urine de la digestion, il continue le pain pendant huit jours, en augmentant légèrement la portion ; puis le sucre étant toujours absent, il essaie de prendre un peu de lait ; plus tard des pommes de terre ou tel autre féculent, ou un fruit, faisant exactement la recherche du sucre après



TRACÉ n° 7. — Diabète considérable.

chaque tentative alimentaire et ne passant à une autre que lorsque cette recherche demeure négative. Si le sucre reparaît après l'ingestion d'un aliment non encore essayé, non seulement on doit le supprimer, mais il faut reprendre aussitôt le régime le plus strict, et recommencer ensuite, comme précédemment, la série des essais alimentaires.

En général, même dans les cas les plus simples, ce retour duel à l'alimentation normale demande au moins six is, et parfois une année : c'est à ce prix seulement qu'on iendra des guérisons durables.

IX

TRAITEMENT DES DIABÈTES AGGRAVÉS.

Je distingue les diabètes aggravés des diabètes compli- s. Ne pouvant entrer dans tous les détails du traitement complications du diabète, ce qui m'entraînerait hors limites de ces leçons, je m'en tiendrai à quelques consi- ations applicables aux diabètes aggravés (1).

Les diabètes aggravés sont : le *diabète de l'enfance;* le *bète avec azoturie par dénutrition exagérée* qui conduit idement à la déchéance organique et à la cachexie; le *bète avec oxydations azotées abaissées et hypoazoturie.*

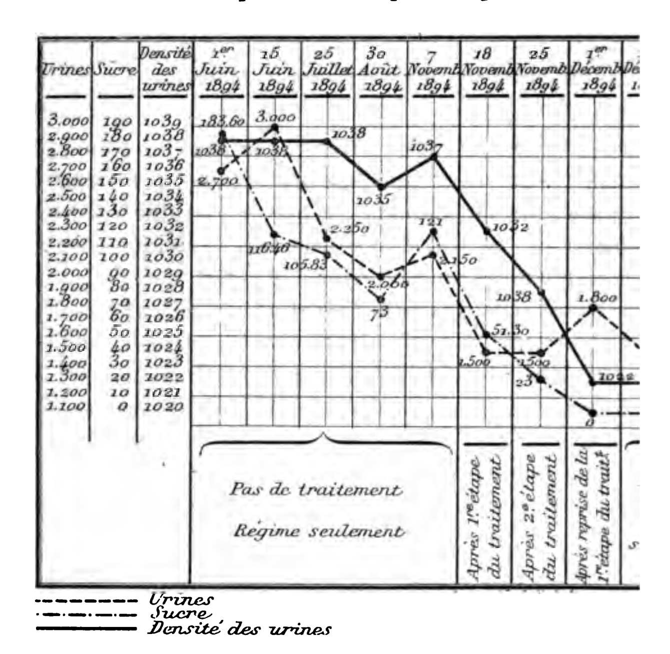
1. *Diabète infantile.* — Le diabète de l'enfance a des ures si rapides qu'elles sont déconcertantes pour la thé-

---

(1) Voir l'article « Traitement du diabète », dans le *Traité de thé- utique appliquée* qui paraîtra incessamment.

TRACÉ n° 7. — Ce tracé donne les résultats généraux du traite- ; en tenant compte du poids du malade. Il s'agit d'un sujet très gri chez lequel la quantité de sucre, au moment de l'examen, se rait considérable. Dès le début du traitement le sucre baisse et ids monte. Pendant une interruption le sucre augmente de près ouble et en même temps le poids reste stationnaire. On recom- e une nouvelle série de traitement et l'amélioration reprend, s'accentue, le poids continue toujours à monter. A la fin du ment le malade a gagné 3 kilogrammes en poids et le sucre, u début était à 350 grammes, oscille entre 5 et 20 grammes.

rapeutique, et celle-ci compte peu de succès à so:
quoiqu'il soit exceptionnel qu'on ait trouvé des alté
du pancréas. On combinera un judicieux emploi du
ment alternant avec la médication tonique, et sur
insistera sur l'alimentation grasse et sur l'huile de
morue. On n'emploiera les opiacés qu'avec une ε



TRACÉ n° 8. — Diabète datant d'une année.

prudence sous forme de *poudre de Dower* et se
chez les enfants au-dessus de trois ans. Enfin, o
des cas où les préparations ferrugineuses, entre a
phosphate de fer, ont rendu des services : je pro
d'essayer le *glycéro-phosphate de fer* dont l'action
nemment reconstituante.

)iabète avec azoturie de dénutrition. — Le diabète zoturie par dénutrition exagérée relève essentielle-le la *médication d'épargne* et, à ce titre, on doit lui uer le traitement alternant. Mais quand il sera, ; il arrive souvent, sous la dépendance d'une lésion ıcréas, on obtiendra tout au plus des améliorations ı moins passagères.

ɔnviendra de surveiller journellement, à l'aide du orure de fer, la réaction de l'acide diacétique dans afin de relâcher la sévérité du régime dès qu'appa-la coloration rouge caractéristique. Ici encore, l'huile ;'de morue, l'alimentation grasse, les préparations ineuses, le glycéro-phosphate de fer seront employés 'açon pour ainsi dire continue et dans la limite de la ıce digestive des malades. C'est dans ces cas qu'on . cure de Donkin, le régime lacté absolu, donner des .ts temporairement favorables; car, ce qui importe ɔ'est moins de diminuer la glycosurie que de remé-la déchéance progressive qu'entraîne l'excès de for-du sucre. C'est dans ce but qu'on se servira aussi *ychniques* et des *amers, teinture de fèves de Saint-*, *teinture de Baumé, de noix vomique, macération ssia amara*, etc., surtout si l'assimilation décroît du l'inappétence ou de l'insuffisance des fonctions di-;s.

; n° 8. — Diabète remontant à environ un an chez un homme ıs. État nerveux considérable, grand amaigrissement. Cette est fort intéressante car le traitement a été précédé d'une période (quatre mois) pendant laquelle il y a eu seulement On voit que dans ces conditions le sucre a baissé de nmes à 73 grammes après deux mois pour remonter ensuite rammes. A ce moment et pendant un mois j'institue le traite-le sucre tombe à 0 très rapidement. Pendant un autre mois de reste à l'étude, avec le régime uniquement, et la guérison ıtient, complète.

C. *Diabète avec oxydations abaissées.* — Sur 100 diabétiques d'apparence floride, on en trouve une dizaine environ chez lesquels les oxydations azotées sont au-dessous de la normale, et cela sans que rien de leur aspect extérieur ne le laisse pressentir. Cette diminution des oxydations est temporaire ; elle survient par périodes, pendant lesquelles les malades sont mous, se fatiguent facilement et sont incapables d'un effort soutenu. Elle correspond à des phases de dépression temporaire qui précèdent le commencement de la déchéance, dans le cours de laquelle les oxydations sont *toujours* abaissées. C'est alors que la médication tonique, le sulfate de quinine associé à l'extrait de quinquina, les amers, les strychniques, les inhalations d'oxygène, les frictions excitantes, le massage, l'hydrothérapie sont indiqués, au moins pendant toute la période où l'on constate cette diminution des oxydations.

C'est surtout dans ces cas qu'il importe de surveiller de très près l'état de l'estomac, car l'aggravation du diabète est trop souvent une question de digestion. On n'hésitera pas, en cas de doute, à pratiquer l'examen du chimisme stomacal, si souvent modifié chez les diabétiques. Car il ne faut pas oublier que *tant vaut l'estomac, tant vaut le diabétique*, et qu'une bonne oxydation et une bonne assimilation sont encore les meilleurs stimulants de la nutrition : alors un traitement gastrique habilement combiné avec un régime approprié sera la meilleure médication qu'on puisse employer.

X

RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Avant d'en arriver à constituer ce traitement alternant, j'avais traversé une longue période d'essais où ont été passés en revue de nombreux médicaments dont il est inu

ile de parler, puisque leur emploi n'a donné que des mé-
omptes ou des résultats insuffisants.

Avec la méthode actuelle, j'ai traité cent diabétiques rais, c'est-à-dire des malades rendant au moins 00 grammes de sucre dans les vingt quatre heures.

Ces malades se divisent en quatre catégories.

1° Les guérisons définitives, obtenues dans 24 cas, oscil-ant comme sucre de 102 à 235 grammes dans les 24 heures, omme durée antérieure de la maladie, de 3 mois à 2 ans. e n'inscris sous cette rubrique que les malades suivis endant six mois, au moins, après la disparition du sucre.

2° Les guérisons encore problématiques, soit 25 cas. Il 'agit de personnes rendant de 103 à 350 grammes de ucre, diabétiques depuis 1 à 6 ans, chez qui le sucre a isparu pendant plusieurs mois, pour reparaître, sous influence d'émotions morales ou d'écarts de régime. Dans ous ces cas, il a suffi d'un traitement très court pour venir le nouveau à bout de la glycosurie, mais les personnes en uestion ne sauraient être considérées comme absolument t définitivement guéries.

3° Les améliorations considérables et permanentes, à la ondition qu'on ne se départît jamais d'un certain régime t qu'on en revînt de temps en temps au traitement. 33 ujets rentrent dans cette catégorie. Sur 14 0/0 d'entre eux endant de 110 à 520 grammes de sucre, celui-ci a disparu près le traitement pour reparaître bientôt après et osciller le 5 à 50 grammes suivant les cas. Chez 17 autres malades, endant de 120 à 180 grammes de sucre, celui-ci ne dis-parut jamais complètement, mais on put le maintenir au-dessous de 50 grammes et accroître le poids des diabé-iques. Enfin, dans un dernier cas, on ne parvint pas à abaisser le sucre au-dessous de 73 grammes.

4° Les résultats nuls ou trop temporaires pour pouvoir être considérés comme des améliorations, en ce sens que

l'on n'a pas jamais pu abaisser le sucre au-dessous de 100 grammes et que cet abaissement du sucre ne s'est pas accompagné d'une atténuation dans la marche de la maladie. Les cas qui appartiennent à ce groupe sont au nombre de 18. Dans tous ces cas, sauf dans 4, le traitement a diminué la glycosurie pendant au moins quelques jours.

Il est évident que pour cette catégorie, notre traitement ne rend à peu près aucun service, soit parce que l'on est en face d'un diabète trop ancien ou d'un diabète de jeune, ou parce que, derrière le diabète, il y a une lésion du pancréas, et que si nous sommes fortement armés quand il s'agit de thérapeutique fonctionnelle, nous demeurons trop souvent impuissants devant une lésion matérielle.

Quant à préciser la durée du traitement, cela m'est à peu près impossible, tant sont différents les cas particuliers. Chez tel malade, rendant 3 litres d'urine et 219 grammes de sucre, la guérison est survenue après quatre jours d'antipyrine ; chez tel autre, le sucre n'a disparu que pendant la deuxième ou la troisième étape du traitement ; enfin, chez le plus grand nombre, il a fallu plusieurs séries de traitement alternant pour avoir raison de la glycosurie.

Les tableaux que je fais passer sous vos yeux traduisent en courbes des exemples de traitement et montreront mieux que je ne saurais le faire combien il est difficile d'en donner une formule d'ensemble. A titre d'exemple se rapportant au plus grand nombre des cas, je citerai seulement le fait suivant :

	MINIMA ET MAXIMA du sucre.	MOYENNES du sucre.	POIDS du malade.
	—	—	— kil.
Avant tout traitement.............	329,47 à 353,92	339,65	56
1re étape du traitement (10 jours)..	37,25 à 139,20	90,60	57
2e — — (14 jours)..	25,15 à 83,42	57,98	58
Pas de traitement.................	90 » à 100,35	95 »	58
1re étape du traitement (4 jours)...	55.57 à 87.61	79,66	58,5
2e — — (17 jours)..	4,62 à 64.62	53.16	59

Puis, le sucre tombe à 0, se relève à 15 grammes et scille ensuite de 5 à 23 grammes, sans traitement, avec le égime diététique qu'on peut suivre à l'hôpital.

Depuis Bouchardat la thérapeutique du diabète avait ait peu de progrès. Tant de médicaments sont apparus our disparaître ensuite dans l'oubli, tant de théories se ont successivement écroulées que, dans la pratique, on 'en tient au régime et aux médicaments dont on a fait expérience personnelle. Les traitements systématiques 'ayant plus que de rares partisans, on en est arrivé à une rte d'opportunisme thérapeutique qui fait une cote mal illée entre les doctrines et tient heureusement beaucoup lus compte du malade que de la maladie.

Mais l'étude des variations nutritives chez les diabéques peut devenir le point de départ d'un traitement lus rationnel que ceux qui se sont tour à tour partagé la veur du public médical. Les moyens que j'indique aujour'hui sont loin d'être définitifs; cependant ils constituent éjà un ensemble dont les praticiens auront fréquemment occasion d'apprécier l'utilité, en attendant que surgissent es moyens d'action plus décisifs.

L'étude actuelle montre, en tout cas, le sens dans lequel oivent s'orienter les recherches ; elle prouve que la voie e la *thérapeutique fonctionnelle* où nous nous sommes engés ouvre les plus larges horizons sur la manière de aiter des affections réputées jusqu'ici rebelles à nos forts.

Le diabète, maladie d'accélération nutritive, relève de médication d'épargne.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Considérations théoriques sur le traitement de l'exsudat fibrineux et de l'épanchement dans la pleurésie et la péricardite.

Par G. GÉRARD, aide-d'anatomie à la Faculté de Lille.

AVANT-PROPOS

Je ne sais comment me vint l'idée qu'on pouvait agir localement sur l'exsudat fibrineux des épanchements par l'injection dans les séreuses du suc, qui dans l'estomac normal a pour fonction de digérer les albuminoïdes et de les rendre assimilables.

Encouragé par mon maître, M. le professeur Debierre, à qui je communiquai mon hypothèse, je la livre aujourd'hui, pour ce qu'elle vaut, en affirmant avant tout que mon opinion ne repose sur aucun fait expérimental en clinique, et qu'elle n'est qu'une simple vue de l'esprit.

Frappé de la nature de l'exsudat dans la péricardite et la pleurésie, j'essaie de tirer quelques conséquences théoriques en ce qui concerne le traitement de ces deux affections. Dans les quelques pages qui suivent, je m'attache à supposer comment peut agir le suc gastrique mis en présence des exsudats fibrineux dans des séreuses telles que la plèvre ou le péricarde. Après avoir exposé rapidement les conditions physiologiques de la digestion de la fibrine mise en présence du suc gastrique (dans l'estomac normal ou d'après les expériences faites *in vitro*), je relate succinctement les conditions anatomo-pathologiques de la formation des exsudats de la pleurésie et de la péricardite, et j'essaie d'en tirer quelques conclusions au point de vue thérapeutique.

Il peut se faire que le suc gastrique, extrait suivant les réceptes énoncés en physiologie, injecté dans la plèvre ou péricarde, puisse agir médiatement sur les exsudats et npêcher la concrétion définitive des fausses membranes. Je ne sais pas s'il est préférable d'employer le suc gasique extrait, le suc gastrique artificiel (eau + pepsine + ide chlorhydrique) ou la simple solution physiologique acide chlorhydrique (1,5 à 2 pour 0/00).

D'après la théorie de la digestion de la fibrine, l'idée est ntante ; et peut-être, des expérimentateurs plus autosés que moi pourront un jour dire s'il n'y a pas moyen de bstituer à la thoracenthèse une injection anodine de suc strique, dans l'espoir de voir la fibrine digérée repartir ır les lymphatiques, et empêcher par cela même l'éclon des phénomènes de compression si communs dans les anchements et leurs conséquences.

Encore une fois, je n'apporte aucune observation ; mais ut-être un jour sera-t-il possible de vérifier expérimenlement l'hypothèse que j'émets et de voir les exsudats rineux heureusement modifiés par l'injection d'un liquide ii les digèrera et les rendra plus aptes à être repris par torrent de la circulation lymphatique.

Comme me le signale M. le professeur Debierre, le suc 1 *carica papaya* et la *papaïne*, qui digèrent la fibrine rec beaucoup d'énergie, et qu'on a essayés pour dissoudre s fausses membranes diphtériques, pourraient peut-être, l'instar du suc gastrique, être préconisés dans les mêmes rconstances et dans le même but.

RAITEMENT THÉORIQUE PAR LES INJECTIONS DE SUC GASTRIQUE DANS LES SÉREUSES

D'après la physiologie, on sait que, dans l'estomac noral, le suc gastrique contient plusieurs principes digestifs

actifs : l'acide chlorhydrique, la pepsine, le labferm
dont l'association aboutit à la digestion des matières a
minoïdes en particulier et à leur transformation en p
tones. On sait encore que la digestion est subordonn
diverses conditions telles que : une température de 3
50°, un état particulier des matériaux digestibles, la c
centration du liquide, une quantité suffisante d'a
chlorhydrique, une quantité suffisante de pepsine.

Pour la fibrine en particulier, Schiff a démontré qu
digestion s'arrête facilement si la quantité est un peu
sidérable et qu'elle reprend en ajoutant une légère qua
de pepsine. Dans ce cas même, la quantité de pep
surajoutée resterait inaltérée (von Wittig).

Partant de ce point de vue, il m'est venu à l'es
d'appliquer *théoriquement* les données de la physiol
aux cas particuliers où la fibrine se forme en grande qu
tité et disparaît ensuite difficilement : il faut citer
premier lieu les épanchements pleurétiques ou péri
diques qui se rencontrent si souvent en médecine. Ce n
pas toutefois que les voies *d'excrétion*, si j'ose dire, m
quent : car les lymphatiques sont assez nombreux p
être en état de reprendre toute cette sérosité qu'ils
apportée sous une influence pathologique quelconq
S'ils ne le font pas, c'est que, par suite du processus m
bide, ils sont oblitérés, bouchés, par leurs produits d'
sudat eux-mêmes et que ainsi leur action, physiologiq
ment utile et efficace, devient impossible.

Si l'on considère ce qui se passe pendant la digest
physiologique, on voit que la fibrine est plus vite dig
que l'albumine, parce que celle-ci se gonfle moins fac
ment que celle-là.

Le suc gastrique a de plus *une action certaine et dém
trée sur les microbes*. Déjà Spallanzani avait signalé qu
viande ne se putréfie pas dans le suc gastrique, mêm

on l'y met quand elle a déjà subi un commencement de putréfaction. Des expériences récentes sont venues confirmer ce fait : Straus et Würtz, en ensemençant de la gélatine avec du suc gastrique, ont vu se développer des colonies de microbes ; en ensemençant au bout de huit jours avec le même suc gastrique, ils ont observé qu'il s'était stérilisé lui-même. Les mêmes auteurs ont noté son *action sur les microbes pathogènes* : le suc gastrique agit sur le bacillus anthracis et le rend moins virulent. Les résultats sont identiques pour le bacille de Koch, qui est complètement détruit après trente-six heures, pour le bacille du choléra et le bacille d'Eberth, détruits également après *une demi-heure de contact.*

(Dans le cas où il viendrait à l'esprit de quelqu'un de nier que la fibrine est digérée moins vite que l'albumine, nous pourrions nous ranger à cette hypothèse, mais objecter avec Williams qu'on arrive au même résultat au point de vue de la digestion, puisque certains microbes seraient capables de transformer la fibrine en albumine).

Voyons maintenant ce qu'on observe, aux points de vue anatomique et anatomo-pathologique dans la pleurésie d'abord, dans la péricardite ensuite.

Les lymphatiques de la plèvre, injectés par Dybkowsky, sont, on le sait, très nombreux, surtout au niveau des espaces intercostaux et sous le triangulaire du sternum. Ils forment sous la membrane limitante un réseau lacunaire qui rappelle celui du péritoine et se rendent soit dans le canal thoracique, soit dans les troncs lymphatiques qui accompagnent les artères mammaires internes et intercostales supérieures.

Les voies par lesquelles peut se résorber l'épanchement sont donc multiples, comme nous le disions en commençant ; mais la non-résorption tient justement à ce que les canaux de régulation lymphatiques sont oblitérés, dans

leur lumière, par les leucocytes, à leurs orifices par les produits exsudés.

a, Au début d'une pleurésie « les vaisseaux congestionnés et dilatés laissent exsuder dans la cavité pleurale de la sérosité contenant en majeure partie de la substance fibrinogène : celle-ci se dédoublant au contact de l'épithélium altéré, donne naissance à de la fibrine qui se dépose sur la séreuse à l'état de fausse membrane, ou forme des flocons en suspension dans le liquide. »

La pleurésie est sèche si l'exsudat se réduit à une fausse membrane.

Le dépôt fibrineux est plus ou moins épais, plus ou moins étendu. Tantôt c'est une pellicule blanchâtre et demi-transparente, si mince, qu'il faut en détacher un lambeau avec l'ongle pour la mettre en évidence, tantôt ce sont des couches stratifiées de fibrine dont l'épaisseur varie de quelques millimètres à un centimètre et plus. Elles sont alors opaques, jaunâtres, irrégulières et villeuses à la surface. Friables, imprégnées de liquide quand elles sont jeunes, elles peuvent devenir résistantes et lardaires.

Adhérentes ou flottantes, elles s'accolent parfois au feuillet opposé de la plèvre, déterminant ainsi la formation d'adhérences habituellement passagères. Le dépôt de fibrine est rarement uniforme dans toute la plèvre ; il est souvent limité et partiel, en particulier dans la pleurésie sèche.

Le liquide est ordinairement transparent, quelquefois un peu louche, surtout quand il est fibrineux... Sa composition chimique ne diffère de celle du plasma sanguin que par une quantité d'eau plus grande. Abandonné à l'air, il se prend au bout de 6 à 24 heures en une masse gélatiniforme et transparente qui se rétracte et se dépose au fond du vase. Par le battage, cette coagulation s'opère instantanément. L'acide nitrique et la chaleur y détermi-

nt la formation d'un précipité compact de matières albunoïdes.

A l'examen microscopique, on découvre dans le liquide s filaments de fibrine entre-croisés... (Bouley et urges).

Il s'agit donc bien de matières albuminoïdes. A la rieur, on pourrait discuter pour savoir s'il s'agit réellement ou non de fibrine : la question n'offrirait aucun inêt. Nulle part, nous n'avons pu trouver la constitution imique exacte de ce qu'en clinique on appelle fibrine. ns tous les cas, quelle que soit cette composition, un l point est intéressant; il s'agit, à n'en pas douter, de *tières albuminoïdes*, c'est-à-dire de substances justicias de la digestion gastrique. Si donc l'injection de suc strique dans les séreuses avait une action — et théoriment elle en a une — sur cette masse de matières alninoïdes concrétées, on pourrait compter sur le départ produits *digérés* par les lymphatiques; en effet, en adttant que ces lymphatiques soient encore bien portants, n état de bien fonctionner, d'après Bouley et Bourges, la phase de résolution, ce sont les lymphatiques redeus perméables qui font les frais de la résorption ; la séité est reprise en nature, la fibrine concrétée et les nents figurés, *après métamorphose* granulo-graisseuse. »

L'observation démontre que même dans les cas les plus reux, l'épanchement ne commence à se résorber que s la troisième ou la quatrième semaine. Mais la pleue passe souvent à l'état chronique. Quelquefois encore, a recrudescence des symptômes physiques, et l'épanment devient purulent.

n poussant encore plus loin la théorie, on pourrait ne admettre une action immédiate du suc gastrique sur microbes de la pleurésie séro-fibrineuse; *le bacille de* ;, le pneumocoque, *le bacille d'Eberth*, le streptocoque,

des microcoques divers. Leur présence, il est vrai, est rement contestable.

b, Dans le cas de pleurésie purulente, on voit s vent dans le liquide des fausses membranes, adhérent la paroi pleurale ou libres et nageant dans le liqu Elles peuvent prendre une épaisseur considérable. La reuse est profondément altérée. « Grâce à la couche q quefois très épaisse de produits membraneux, la plèvre souvent extraordinairement épaisse, et si les lésions très anciennes, elle peut acquérir une consistance car gineuse et s'incruster de sels calcaires. » (M. Courl Suffit).

Les différentes variétés microbiologiques de la pleu purulente sont : 1° les formes pures (pleurésie à pneu coque, à streptocoque, *à bacille de Koch*). On a en trouvé isolés dans le pus, le bacille de Friedlander, le phylocoque et le *bacille d'Eberth* ;

2° Les formes associées : infection mixte par associa de plusieurs microbes, *bacilles de Koch* et streptocoq streptocoques et staphylocoques (pleurésie gangréne les microbes ordinaires de la suppuration : pneumocoq streptocoques et staphylocoques seuls ou associés.

Tous ces microbes donnent donc des formes différe Nous avons souligné à dessein bacille de Koch et ba d'Eberth, pour rappeler quelle était sur eux l'actio suc gastrique, d'après Strauss et Würtz. On n'a pas en à notre connaissance, signalé son action spéciale su pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque. *a priori*, on peut admettre qu'il a sur eux une certain fluence, puisqu'on a vu qu'il atténuait la virulence microbe aussi résistant que le bacille du charbon.

c, Tout ce que je viens d'exposer sur la pleurésie également se rapporter à la péricardite.

« Les lymphatiques du péricarde se rendent dar

ons situés au voisinage de la veine cave et de la de l'aorte. Ils proviennent du sac fibreux et d'un éseau placé sous le péricarde viscéral. Les premières uniquent avec les lymphatiques du centre phrénique eux avec le réseau lymphatique sous-péritonéal zero et Salvioli, Robin et Cadiat) les seconds commu- it avec les lymphatiques du myocarde. » (Debierre, *mie*).

s les péricardites aiguës simples, le processus ana- pathologique comprend deux phases qui ne s'enchaî- as fatalement.

D'après Desclaux « une couche fibrineuse irrégulière les deux feuillets du péricarde, le feuillet pariétal palement.... Grisâtres, minces et molles au début, sses membranes deviennent de plus en plus épaisses stantes et paraissent alors formées de lamelles super- par une sorte de travail de stratification... » histologie est assez simple; il s'agit de mailles de englobant des cellules diverses... » (Thoinot.)

uand il y a épanchement, celui-ci « est sérofibrineux, -dire composé d'une partie séreuse liquide et d'une fibrineuse qui, se coagulant parfois, donne naissance ocons nageant dans le liquide en se déposant en lames ées sur les feuillets péricardiques ».

connaît l'avenir des lésions péricardiques : alors que cas de péricardite rhumatismale, l'exsudat marche résorption rapide — c'est du moins le cas le plus l — dans les péricardites infectieuses, au contraire, ndance à la transformation purulente ou au passage chronique.

point de vue du traitement, on sait aussi que « la pa- èse du péricarde est loin de donner les heureux résul- la thoracenthèse, et la raison, c'est que la plupart ictions qui ont été faites se sont adressées à des péri-

cardites secondaires, le plus souvent associées à la tuberculose et, par conséquent, incurables. » (Dieulafoy.)

APPLICATIONS THÉORIQUES.

I. *Au point de vue théorique*, on peut déjà distinguer trois cas pour la pleurésie.

a. L'affection débute. — La première indication qui découle du mode de formation de la fibrine serait de faire dans la plèvre une injection de suc gastrique dès que la pleurésie est diagnostiquée. Alors même que le pronostic serait le plus favorable et la terminaison la plus probablement rapide, le suc gastrique aurait pour but de digérer la fibrine au fur et à mesure de sa production : les orifices des lymphatiques seraient ainsi maintenus béants et on serait en droit d'attendre une résolution plus sûre et plus immédiate.

Par suite, on n'aurait à craindre aucune compression des organes du voisinage, puisque la fibrine transformée pourrait repartir peu à peu par les lymphatiques. Et l'on n'observerait plus que très rarement l'atélectasie du poumon, l'abaissement du diaphragme, etc.

b. L'épanchement commence à devenir assez abondant. — A l'auscultation, le frottement a décelé l'existence des fausses membranes, le souffle montre que le poumon subit une compression. De ce que la maladie serait à un stade plus avancé, il n'y aurait pas contre-indication à l'injection de suc gastrique ; car, même dans ce cas, on pourrait compter sur son action directe vis-à-vis des fausses membranes et des adhérences, on pourrait espérer leur destruction lente et progressive et à la rigueur leur départ par les voies lymphatiques.

On pourrait en même temps dans tous les cas, concur-

emment avec les injections de suc gastrique, mettre en œuvre contre la fièvre, la douleur et l'épanchement, le traitement ordinairement employé : les fébrifuges (antipyrine, quinine, aconit) les diurétiques (digitale, scille), les toniques du cœur (digitale, caféine, spartéine, trinitrine), l'alimentation par le lait, les divers révulsifs, les injections calmantes, etc.

Encore une fois, ce que j'avance ici ne repose sur aucun fait clinique, mais est une simple vue de l'esprit. Il serait donc futile d'essayer de tirer des conclusions sur la marche de la fièvre, de la douleur ou de l'épanchement. D'après les observations physiologiques, on peut prévoir une ampliation momentanément plus grande du thorax et une augmentation des phénomènes types de la maladie, par gonflement digestif de la fibrine.

c. *L'épanchement est devenu très abondant.* — Il faut d'abord décomprimer les organes par la thoracenthèse faite suivant les principes énoncés partout, et ensuite essayer de modifier la constitution du liquide et des fausses membranes qui restent par l'injection de suc gastrique.

d. *L'opération de la pleurotomie a été faite.* — On pourrait encore, au lieu des solutions caustiques (chlorure de zinc, sublimé faible), essayer l'injection de suc gastrique, dont on pourrait laisser une petite quantité en contact avec l'exsudat fibrineux dans le but de les user peu à peu et de les enlever dans les injections faites au pansement suivant. Mêmes indications après un Estlander, puisque, dans ces conditions, l'obstacle à l'expansion du poumon n'est pas seulement l'air, mais la concrétion fibrineuse qui enserre l'organe en recouvrant le feuillet viscéral de la séreuse.

II. *Au point de vue pratique*, on pourrait espérer.

1° La digestion du liquide exsudé et des concrétions fibri-

neuses. Il y aurait un grand intérêt à agir rapidement et à modifier l'exsudat au fur et à mesure de sa production.

2° La destruction des microbes présents dans l'épanchement ou dans les néo-membranes. Dans les *pleurésies tuberculeuses* mêmes, l'exsudat pourrait être modifié. Dans ces cas, il y aurait probablement avantage à se mettre le plus possible dans les conditions physiologiques, c'est-à-dire prendre le suc gastrique le plus actif et le plus pur.

3° L'absence de complications. — La circulatiou lymphatique reste libre. On peut escompter que le liquide ne se concrétera pas et que, dans le cas même où l'affection suivrait son cours, il pourrait être immédiatement repris par les lymphatiques quand le processus morbide aurait terminé son évolution.

Dans l'hypothèse où le liquide produit par la plèvre malade serait repris au fur et à mesure de sa production par les lymphatiques, on n'aurait pas à redouter la compression du poumon, si commune d'après M. Potain, ni les atrophies précoces des muscles de la poitrine et de l'épaule. Le champ de l'hémathose ne serait pas réduit et les organes voisins restant sains, l'organisme deviendrait de ce fait plus en état de lutter contre l'infection localisée dans la plèvre.

En allant plus loin encore, supposons que, dans tous les cas, l'épanchement se résorbera après l'injection de suc gastrique. On n'aura plus alors à redouter les accidents de la thoracentèse qui ont soulevé tant de discussions, et l'on ne parlera plus d'expectoration albumineuse, de congestion pulmonaire ni de transformation purulente de l'épanchement.

4° Le traitement serait encore utile dans les symphyses pleurales, suites de bronchites, de broncho-pneumonies, etc., et généralement dans tous les cas de pleurésie séro-fibrineuse où « la résorption n'amène ordinairement la gué

qu'au prix d'une symphyse pleurale avec rétraction cique. »

e *contre-indication formelle* serait la présence de lésions ›naires tuberculeuses avancées. Dans ces cas, en effet, sseur et la densité des néo-membranes sont d'autant grandes que le point correspondant du poumon est ıltéré.

Traitement théorique de la péricardite séro-fibrineuse. ns cette affection, on sait que les fausses membranes ınent de plus en plus épaisses à mesure que l'épanənt progresse et occupe surtout le feuillet pariétal. urne donc dans un cercle vicieux : d'une part, l'épanənt gêne la circulation et le bon fonctionnement du d'autre part, le cœur fonctionnant mal, les échanges ifs se font aussi moins bien.

trouve dans la péricardite avec épanchement des flo-ibrineux nageant dans le liquide. Il est d'observation ıte que les villosités fibrineuses ont tendance à se ·, à s'organiser, à se vasculariser.

ıs le but d'éviter une symphyse cardiaque, il impor- :

)'agir sur l'exsudat lui même.

)e favoriser le mouvement circulatoire par des médiıts appropriés et employés ordinairement.

ıs voulons donc agir directement sur l'exsudat. Sup-s que le péricarde est, comme la muqueuse intestinale, ıru de villosités nécessaires à l'absorption des aliments .blement digérés. Les lymphatiques représentent ici losités. Si l'endothélium du péricarde est malade, il y ırgement fibrineux, hypersécrétion albumineuse, puis ıtion par oblitération des capillaires et des lympha- bourrés de leucocytes. Il est donc bien indiqué de de rétablir cette circulation compromise, de rouvrir

les lymphatiques, puis de leur fournir un élément digéré, qui, dans le cas particulier, est représenté par la fibrine préalablement soumise à l'action du suc gastrique naturel ou artificiel.

En résumé, il est possible que la digestion s'opère dans le péricarde aussi bien que dans un vase d'expérience, après l'injection dans cette cavité séreuse de suc gastrique additionné de chlorure de sodium, dont la présence est nécessaire à la digestion des albuminoïdes. Puis la fibrine est reprise par le torrent circulatoire.

Dans le cas d'épanchement et de symphyse, on peut attendre les mêmes effets : désorganisation des adhérences et destruction de l'épithélium néo-formé, résorption du liquide digéré par les capillaires et les lymphatiques rendus à nouveau perméables, et de plus espérer de voir les microbes détruits, au bout de quelques jours, puisque le suc gastrique agit en même temps sur eux,

A la rigueur, on pourrait espérer voir le suc gastrique agir simplement comme la teinture d'iode sur la tunique vaginale du testicule en détruisant l'endothélium et en empêchant de ce fait son hypersécrétion, ou bien encore il serait un élément de régénération, il apporterait des matériaux de combat et en détruisant les adhérences au fur et à mesure de leur production, soutiendrait le cœur comprimé et le péricarde dans sa lutte contre les éléments infectieux ou néo-membraneux qui font office de corps étrangers.

Ces idées sont théoriquement très probantes, mais nous ne saurions trop répéter que ce ne sont encore que des hypothèses.

INCONVÉNIENTS DES INJECTIONS DE SUC GASTRIQUE
OBJECTIONS POSSIBLES — RÉPONSE

1. *Le Labferment* du suc gastrique coagule la fibrine en présence des sels (Artus et Pagès). La fibrine n'est plus

oagulée si on la prive de ces mêmes sels qui sont une con-ition nécessaire à la possibilité de la digestion par la epsine.

a. Le labferment peut être retiré du suc gastrique en e précipitant par le carbonate de magnésie après macéra-ion. Donc, pas de difficulté si on veut se servir d'un suc astrique non susceptible de coaguler la fibrine.

b. Le produit d'abord coagulé par le labferment est edissous ensuite par la pepsine.

II. *La pepsine n'agit plus* après un certain temps quand a masse de fibrine est trop considérable.

D'après von Wittig, il suffit d'ajouter une faible quan-té d'acide pour que la digestion reprenne.

III. *Craintes d'une infection secondaire*, par l'emploi d'un uc gastrique septique ou d'instruments malpropres.

a. Cette crainte est illusoire, puisque, d'après M. Dastre, suc gastique agit encore quand il est stérilisé; que, d'après yndall, il garde intégralement ses propriétés digestives près avoir été porté trois fois à la température 56 à) degrés.

b. D'après Strauss et Würtz, le suc gastrique se stérilise i même.

IV. Dans les conditions physiologiques, *les microbes, dans stomac, sont protégés par différents corps* (viande, etc).

Si l'on espère une action du suc gastrique sur les bacilles la pleurésie ou de la péricardite, cet argument ne peut s arrêter, puisque dans les cas qui nous occupent, les ba-es sont entourés par la fibrine, facilement attaquable le suc gastrique.

V. *Production de ferments et développement considérable gaz.* — (Fermentations butyriques, lactiques, etc,) toute

les fois que, dans l'estomac, la sécrétion d'acide chlorhydrique est insuffisante. Dans un cas de cancer du pylore, Eberth a pu enflammer les gaz rejetés par l'estomac.

Pour éviter cet inconvénient, il suffit de suppléer à l'insuffisance d'acide chlorhydrique par le choix d'un suc gastrique suffisamment acide.

VI. *Digestion du tissu pulmonaire par le suc gastrique.* — On peut supposer :

a. Que l'endothélium de la séreuse ou à son défaut le parenchyme pulmonaire oppose la même action de résistance au suc gastrique que la muqueuse stomacale elle-même.

b. Que la séreuse a peu à craindre, puisque, au début de la pleurésie séro-fibrineuse, on note « la prolifération et la chute des cellules épithéliales. » (Boulay et Bourges.)

c. On ne doit pas craindre d'agir sur la plèvre avec le suc gastrique, puisque des liquides caustiques (chlorure de zinc, sublimé) n'ont pas d'action sur elle.

d. Le parenchyme pulmonaire est protégé par l'exsudat même et par l'épaisseur des fausses membranes.

VII. *Inutilité de l'injection dans les cas heureux.* — Quand l'épanchement est abondant, il semble rationnel de faire une première ponction pour débarrasser la plèvre d'une quantité trop considérable de liquide. Il est d'observation courante, que, sans nouvelle intervention, *le reste du liquide peut se résorber.* On pourrait alors attribuer au suc gastrique une influence qu'il n'aurait pas eue. Dans ce cas même on peut faire une injection de suc gastrique, qui hâtera la résorption en digérant la quantité trop considérable de fibrine. La ponction dans ce cas, est toujours nécessaire car il faudrait une trop forte quantité de suc gastrique po

lutter avantageusement contre les matières albuminoïdes concrétées ou en suspension dans le liquide.

On ne peut d'ailleurs pas pronostiquer si le reste du liquide se résorbera ou bien s'il se reproduira aussi abondant qu'auparavant.

VIII. D'après M. Dastre (*Société de biologie*, 9 mars 1895), *les solutions salines faibles* digèrent bien la fibrine. D'un autre côté elles sont rapidement envahies par les microbes. Le suc gastrique a tous les avantages des solutions salines sans en avoir les inconvénients :

a. Il contient des sels de calcium, de sodium, de potassium et de magnésium, sous forme de phosphates et de chlorures.

b. Nous avons vu précédemment son action sur les microbes.

IX. — *Phénomènes de compression cardiaque et tendance à la lipothymie*, à la suite d'injections intra-péricardiques. Cet argument est un des plus sérieux à opposer à la théorie, mais il suffirait alors pour ne pas voir survenir les accidents signalés de commencer par injecter de très faibles quantités, qui n'auraient peut-être pas une grande action, mais qui répétées souvent, pourraient finir par produire de bons effets.

CONCLUSIONS

Au point de vue pratique, on peut, peut-être, hésiter à agir directement sur un organe aussi délicat que le péricarde, et en rapport si intime avec le cœur.

Au contraire, il est simple et peu dangereux, dans le cas pleurésie sèche ou avec épanchement, d'aller injecter

quelques centimètres cubes d'un liquide tel que le suc gastrique, dans une séreuse qui supporte impunément du chlorure de zinc à 5 0/0 et même des solutions diluées de sublimé.

L'effet, en tout cas, doit être plus rapide sur la plèvre : sa surface d'absorption est grande, les mouvements d'inspiration et d'expiration agitent, brassent, pour ainsi dire, le liquide injecté et peuvent le mettre en contact avec toutes les parties recouvertes d'un exsudat. De plus, le poumon a tout le temps de reprendre progressivement son volume normal, et de s'amplifier à nouveau. Les adhérences, au moins les formations récentes, peuvent être supprimées. Celles qui ont tendance à se former sont attaquées immédiatement.

En partant du point de vue théorique de la digestion des exsudats par le suc gastrique, et de leur départ par les lymphatiques rendus à nouveau capables de fonctionner, il semble donc qu'il y ait intérêt à essayer la méthode et à l'employer surtout au début de l'affection, alors que les éléments anatomiques sont encore inaltérés

Si quelque médecin a un jour l'envie de vérifier ces données hypothétiques, soit sur les animaux, soit même sur l'homme, s'il essaye de constater expérimentalement quels résultats on peut attendre des injections de suc gastrique dans les séreuses, nous pourrons être renseignés sur la façon dont peut agir le suc gastrique sur la plèvre et sur la péricarde, et voir si, pratiquement, il donne d'aussi heureux effets que ceux que la théorie physiologique permet d'en attendre.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. ALBERT ROBIN

Traitement préventif et curatif de l'otite dans la fièvre typhoïde.

(Recueillie par M. Goudart).

Il n'est pas rare, dans le cours de la période d'état de la fièvre typhoïde, de voir survenir des symptômes morbides du côté de l'oreille. Le malade se plaint d'abord de bourdonnements, puis il accuse une diminution de son acuité auditive qui ne tarde pas à aller jusqu'à la surdité complète. En même temps surviennent des douleurs ordinairement très vives, avec sensations et battements très pénibles. Il s'agit souvent, au moins au début, d'une otite catarrhale. Cette otite peut rester à l'état de simple inflammation, mais dans des cas assez nombreux elle devient purulente si même elle n'a pas d'emblée présenté ce caractère.

Survenant chez un individu que la dothiénentérie à déjà plus ou moins affaibli, cette suppuration de l'oreille moyenne peut prendre une importance considérable. Elle détermine des douleurs extrêmement vives mais elle est surtout redoutable par les suites qu'elle présente. La terminaison habituelle est la perforation spontanée de la membrane du tympan; il se forme alors un écoulement purulent par l'oreille. Souvent aussi la suppuration envahit les cellules mastoïdiennes, déterminant une violente inflammation de toute la région mastoïdienne; enfin il peut se produire, à la longue, de l'otorrhée chronique et une carie du rocher.

Pour prévenir ces diverses complications, il importe de

surveiller avec le plus grand soin les oreilles des typhiqu
A la moindre diminution de l'acuité auditive, ou bien c
que le malade se plaindra de bourdonnements, on agira.
conviendra d'abord de s'assurer, si le malade prend de
quinine, que les troubles qu'il accuse ne sont pas dûs sin
plement à l'absorption de ce médicament; pour cela il su
fira de suspendre momentanément son emploi.

Le traitement de l'otite comprend deux temps. On essaier
en premier lieu d'arrêter son développement et d'empêche
la suppuration. Si on n'y réussit pas ou si le pus est déj
formé, on cherchera à en débarrasser l'oreille moyenne et
empêcher sa reproduction.

I. — Traitement préventif. — Le traitement préventif cor
siste à faire une antisepsie rigoureuse de l'oreille exterr
et du pharynx afin d'éviter l'introduction des germes py(
gènes.

Pour cela, on fera plusieurs fois par jour avec une solı
tion boriquée ordinaire un lavage consciencieux du fond d
l'oreille externe, après quoi on sèchera soigneusemeı
l'oreille. On fera alors un pansement de l'oreille externe e
introduisant dans le conduit auditif un tampon de oua
hydrophile boriquée préparée de la façon suivante :

On fait mélange de l'acide borique en poudre av
de l'alcool, on trempe dans le mélange le coton à pr
parer de façon à l'imprégner complètement. On le reti
alors de la solution et on le laisse sécher à l'air; on obtie
ainsi un coton aseptique dont les mailles sont rempli
d'acide borique en poudre impalpable. C'est ce coton q
l'on introduit dans le conduit auditif. Pour achever le pa
sement on peut recouvrir l'oreille d'une lame de ouate l
drophile ordinaire.

II. — Traitement curatif. — Si l'otite est déjà constitu
l'indication thérapeutique qui s'impose est de débarras

'oreille moyenne du pus qu'elle contient et d'éviter en l'évacuant les redoutables complications que sa présence pourrait amener. D'ailleurs cette intervention précoce aura l'immense avantage de débarrasser le malade de douleurs souvent intolérables ayant, entre autres inconvénients, celui de rendre parfois impossible la mastication, par suite de l'exaspération produite par le moindre mouvement de la mâchoire.

Pour évacuer le contenu de l'oreille moyenne, il suffit de perforer la membrane du tympan. On examinera d'abord le conduit auditif à l'otoscope. On verra alors souvent, si la suppuration est assez considérable, que la membrane du tympan est bombée et injectée. On incisera cette membrane soit au moyen du stylet, soit avec un trocart et on laissera e pus s'écouler par le conduit auditif externe.

Cette ponction de la membrane tympanique est assez douloureuse, il est vrai, mais cette douleur momentanée n'est rien en comparaison des douleurs persistantes si cruelles dont l'opération débarrasse le malade. Celui-ci se sent en effet immédiatement soulagé.

III. — *Nettoyage de l'oreille moyenne.* — Lorsque le pus est évacué, il reste à procéder au nettoyage de la cavité tympanique. Pour cela on pratiquera des injections boriquées tièdes dans l'oreille. Ces injections seront renouvelées jusqu'au nettoyage complet du foyer purulent. Après quoi on séchera l'oreille aussi exactement que possible et on fera un pansement aseptique comme dans le traitement préventif de l'otite.

Il sera bon de renouveler plusieurs fois par jour le lavage de l'oreille en faisant suivre chaque lavage du même pansement.

CORRESPONDANCE

Je lis, dans le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*, qu'à l'hôpital Trousseau le docteur Variot a pu, grâce aux chambres de vapeur, diminuer considérablement le nombre des interventions dans le croup.

Dès 1884 je m'étais bien trouvé de l'emploi des vapeurs d'infusion d'eucalyptus globulus. (V. *Bulletin de thérapeutique*, t. CXII.)

L'important est d'obtenir rapidement des vapeurs suffisantes *pour saturer l'atmosphère de la chambre, très petite et close, dont la température doit être maintenue de 18 à 22 degrés.*

A cet effet nous employons 60 grammes de feuilles d'eucalyptus par litre d'eau bouillante; les vapeurs étaient obtenues, à l'hôpital, à l'aide d'un pulvérisateur; en ville je faisais disposer dans la pièce du malade des vases à large surface, dans lesquels l'eau bouillante devait être renouvelée tous les quarts d'heure.

Sous l'influence de ces vapeurs chaudes, à odeur balsamique pénétrante, un mieux être évident se traduisait chez les malades; l'expulsion de mucosités ne tardait pas à remplacer celle des fausses membranes, les exsudats fibrineux fondaient en quelque sorte.

Jusqu'en 1893, c'est-à-dire avant la belle découverte du docteur Roux, j'ai traité par ces *vapeurs condensées* et *antiseptiques* 19 croups, tant en ville qu'aux pavillons d'isolement de Nantes.

Ces cas se répartissent ainsi : 19 croups, 14 opérés, 4 décès. Soit une proportion de décès de 21 0/0 sur la totalité des cas de croup, et de 28,5 0/0, pour les croups opérés. D'où je dois pouvoir conclure que, non seulement comme le dit le Dr Va-

ot, les chambres de vapeur sont un puissant auxiliaire de la ›rumthérapie pour diminuer l'intervention, mais aussi pour ı assurer le succès, quand malgré tout elle s'est imposée.

Nantes, le 18 juillet 1895.

Dr Bonamy,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Affection mentale guérie par la trépanation, par MM. Binet et Rebatel (*Lyon médical*). — MM. Binet et Rebatel, rapportent dans le *Lyon médical* l'observation suivante :

En 1870, un officier est blessé par un éclat d'obus derrière l'oreille gauche, un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde, pas de fracture ni d'enfoncement de la boite osseuse. Prisonnier en Allemagne, il fut pris d'accidents cérébraux, avec perte de connaissance.

A sa rentrée de captivité, il était complètement remis, et jusqu'en 1888 il put faire face aux exigences de la vie militaire. A cette époque il fut atteint, à la suite de fatigues, d'une tympanisation subite de l'estomac et de l'intestin suivie d'un accès de délire incohérent avec vive excitation. Sous l'influence du traitement, l'agitation se calma, mais la tristesse, la dépression, les hallucinations persistèrent jusqu'en 1889, où le malade fut pris d'une crise épileptiforme. Ce fut le signal d'une aggravation des symptômes, les actes devinrent extravagants; le malade se promenait nu et avait des impulsions qui le rendaient dangereux.

Sous l'influence du bromure, de l'hydrothérapie, des révulsions, il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Enfin, en 1893, l'état général s'aggravant au point de menacer la vie à brève échéance, on se décida à pratiquer la trépanation.

En l'absence de signes indiquant une localisation des lésions, l'intervention porta sur la région fronto-pariétale gauche. Quatre grosses couronnes de trépan furent successivement appliquées, puis tous les points intermédiaires sectionnés. On ne trouva aucune lésion, la dure-mère était saine ainsi que la pie-mère.

A partir du jour de l'opération, une métamorphose absolue s'opéra dans l'état du malade, qui, depuis deux ans, demeure guéri.

Cette observation corrobore une fois de plus la remarque que les hommes violemment frappés à la tête, par des engins de guerre, sont des cérébraux toujours en puissance d'une affection cérébrale d'une haute gravité. C'est un nouvel exemple de ce que les malades de ce genre peuvent attendre de la trépanation, d'après Poncet de Lyon, tout trouble cérébral, sensitif ou mental, succédant à un traumatisme, est justiciable de l'opération.

Traitement des ulcères variqueux par l'excision de la saphène interne (*Bulletin médical,* juin 1895). — L'excision des varices, en honneur chez les anciens, réhabilitée par l'antisepsie, paraît se répandre en Angleterre et en Allemagne, tandis qu'elle est peu pratiquée en France, bien que Schwartz et Quénu en fassent le procédé de choix, quand l'intervention opératoire est admise. Dans le *Traité de chirurgie*, ce dernier auteur conclut encore à l'abstention pour les ulcères variqueux parce que, d'une part, il n'en a guère vu qui aient résisté aux pansements antiseptiques aidés du repos horizontal, de la compression, au besoin des greffes de Thiersch, et que, d'autre part, la thérapeutique sanglante ne met pas plus que les autres à l'abri de la récidive et qu'il est difficile, dans ces conditions, d'obtenir un champ opératoire parfaitement aseptique.

Cette restriction ne peut que donner de l'intérêt aux deux guérisons d'ulcères variqueux obtenues par l'excision de la saphène, que M. *Riolacci* publie dans la *Loire médicale*.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 31 ans, présentant des varices tout le long de la saphène et porteur, à la face interne de la jambe, d'une perte de substance ayant la largeur d'une pièce de cinq francs. La région avait été, à deux reprises, le siège d'ulcérations semblables, ayant guéri par le repos, mais s'étant reproduites dès que le malade avait repris son travail. L'opération, faite par M. Blanc, a consisté dans la résection, entre deux ligatures, de deux tronçons de 4 centimètres de la veine, l'un à la partie moyenne de la cuisse, l'autre à la partie supérieure de la jambe. Il n'y a eu aucune réaction inflammatoire. Au bout d'un mois, le malade était guéri.

L'autre malade, âgé de 55 ans, présentait un ulcère faisant à peu près le tour de la jambe. M. Blanc excisa, à la partie moyenne de la cuisse, un tronçon de la saphène de 5 centimètres. Trente-cinq jours après, la guérison était complète.

M. Blanc aurait auparavant opéré d'autres malades, et les ulcérations n'auraient pas reparu malgré des travaux fatigants et des marches excessives.

Gynécologie et Obstétrique.

— **Incisions du col et du périnée pendant le travail** (Dürssen, *Archiv für Gynäkologie*, XLIV, 3, 1894). — L'auteur rapporte dans ce mémoire tous les cas où il a pratiqué des incisions au col utérin et au périnée dans le but d'activer l'accouchement. Les incisions périnéales ne présentent pas de grand intérêt. Mais il en est tout autrement pour les incisions profondes du col utérin qui sont très importantes.

D'après l'auteur, les incisions ne présentent aucun danger chez les femmes non infectées pourvu que, il va sans dire, elles soient pratiquées par des hommes expérimentés et que

toutes les précautions antiseptiques nécessaires soient prises

Les incisions du col utérin rendent superflue dans un grand nombre de cas la perforation de la tête des enfants vivants et nous dispensent d'avoir recours à des opérations dangereuses pour la mère et l'enfant dans le but de combattre la dyspnée dépendant de la dilatation insuffisante du col. Sur 27 cas où, grâce aux incisions du col, on a pu se passer de la perforation de la tête des enfants vivants, l'accouchement a eu lieu par le forceps dans 24 cas, tandis que dans les 3 cas restants on a pratiqué la version et l'extraction consécutive Dans tous ces cas de l'auteur, il n'y eut de morts qu'une femme et un enfant.

Des incisions vagino-périnéales seront pratiquées dans le but de rendre superflue la traction forcée par le forceps, qui augmente si considérablement la mortalité des enfants et provoque si souvent des lésions des parties molles de la mère. C'est surtout chez les primipares âgées que l'on se voit obligé de pratiquer des incisions profondes vagino-périnéales et au col utérin. Il va sans dire que préalablement on se sera assuré que la dystocie n'est pas causée par des déformations du bassin, ni par le développement anormal du fœtus.

Les incisions du col seront toujours au nombre de quatre une en arrière, une en avant et une de chaque côté, allant jusqu'au vagin. Il est tout à fait superflu de suturer ces incisions après l'accouchement. Quant aux incisions vagino-périnéales, il serait préférable de pratiquer une seule incision latérale profonde que deux incisions superficielles : cette incision profonde unique sera suturée immédiatement après le travail accompli.

Cette opération pratiquée par l'auteur à maintes reprises pendant des années, n'a jamais provoqué de phénomènes secondaires fâcheux, tels que, par exemple, prolapsus de l'utérus ou du vagin ; les accouchements ultérieurs semblent être rendus plus faciles. (*The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, n° 3, juin 1895, p. 206 et 207.)

Médecine générale.

Sur l'emploi de l'alcool dans le diabète sucré (Hirschfeld, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895). — L'auteur se pro-
once contre l'alcool comme facteur étiologique du diabète. Dans quelques cas de diabète soigneusement étudiés, il s'est ssuré que l'administration de 30 à 70 grammes d'alcool par our n'exerce pas d'influence nocive sur la marche de la maladie. L'augmentation du taux de l'azote dans l'urine n'était ue passagère. Grâce à l'alcool, les malades étaient à même 'absorber une plus grande quantité de substances grasses, 'où suralimentation rendue plus facile. Sur trois cas de iabète avec albuminurie, l'alcool n'a provoqué l'augmentaon de l'albumine que dans un cas, tandis que dans les deux utres, elle est restée telle quelle, sans changement aucun. uant au taux du sucre, augmenté au commencement dans uelques cas, diminué dans d'autres, il finit rapidement par tteindre sa hauteur initiale. Pas d'influence de l'alcool sur acétonurie, ni sur la diurèse. Mais, s'il est vrai que l'alcool st une substance alimentaire, tout de même il peut exercer ne influence nocive sur le cœur, les vaisseaux ou les reins; ussi a-t-on affaire à des sujets avec lésions cardiaques ou asculaires, l'alcool ne sera prescrit qu'avec circonspection.

Sous quelle forme l'alcool sera-t-il administré? On proscrira la bière qui contient des matières extractives, en grande artie des hydrates de carbone. En effet, croit-on nécessaire e permettre l'usage des hydrates de carbone, on les fera lutôt prendre sous forme de pains ou de végétaux. Il va sans ire que seront bannies toutes les liqueurs sucrées et les vins oux. En revanche, on permettra les vins forts, le cognac, ertaines eaux-de-vie.

En résumé, les doses quotidiennes de 30 à 70 grammes alcool sont complètement assimilées par l'organisme, elles interfèrent en rien avec la sécrétion urinaire, elles n'entravent pas l'absorption des aliments et n'augmentent le mé-

tabolisme que passagèrement. La nutrition générale est relev sous l'influence de l'alcool qui n'a rien à voir avec les alté tions des tissus propres au diabète. Toutefois on ne perd jamais de vue l'état du cœur, des vaisseaux et des rein L'administration de l'alcool ne devient indispensable que da les cas graves, où il faut tâcher de s'opposer par la sura mentation à l'émaciation des malades et à l'éclosion consée tive de la tuberculose. (*New-York medical Abstract*, v. X' 1895, N° 4, avril, p. 124 et 125.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Bromure d'éthyle comme anesthésique en otologie et laryngologie (A. W. de Roaldes, *New-Orleans*, 1895). — L'a teur s'est servi du bromure d'éthyle dans un grand nomb de cas où on avait besoin d'une anesthésie de courte durl Voici la liste des cas dans lesquel le bromure d'éthyle ét employé :

	Nombre de cas.
Amygdalotomie (uni-ou bi-latérale)	15
Ouverture d'abcès péri-amygdalien	2
Os de poisson dans les amygdales	1
Uvulotomie	2
Examen du nez	4
Galvano-cautérisation intra-nasale	6
Extraction des corps étrangers des narines	2
Myringotomie	7
Excision du vomer	1
Adénotomie	40
Cathétérisme de la trompe d'Eustache	1
Sondage de l'oreille pour diagnostic	1
Incision des furoncles	1
Curetage des granulations du conduit auditif externe	1
Extirpation des polypes de l'oreille	4
Incision de Wilde et ouverture de l'apophyse mastoïde	1

Le bromure d'éthyle est supérieur à tous les autres anesthésiques de par :

1° La rapidité de son action : dans la plupart des cas il suffit de trente secondes à trois minutes pour qu'il produise l'effet désiré ;

2° Le peu de durée de la période d'excitation ;

3° L'analgésie absolue produite par lui, avec intégrité parfaite des fonctions psychiques ;

4° La rapidité avec laquelle les malades sortent de l'anesthésie ;

5° L'inocuité absolue de ses vapeurs, d'où sécurité absolue contre la syncope primaire réflexe (du côté du larynx) ;

6° L'absence relative des effets secondaires fâcheux, tels que, par exemple, nausée, vertiges, stupeur ;

7° L'absence totale, dans la majorité des cas, de toute action nocive sur le pouls ou la respiration ;

8° La facilité plus grande de le transporter comparée à celle du gaz hilarant.

En revanche, il possède plusieurs inconvénients qui sont :

1° Son action excitante sur le système glandulaire, d'où hypersécrétion ;

2° L'impossibilité de s'en servir pour des opérations de longue durée ;

3° Son instabilité comparative : aussi ne peut-on employer qu'un liquide pur fraichement préparé et conservé dans un flacon hermétiquement bouché ;

4° La tendance qu'il a de provoquer des contractions musculaires. (*The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, n° 3, juin 1895, p. 224 et 225.)

Goutte et rhumatisme.

Traitement de la goutte articulaire aiguë, par W. Morain (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1895). — Il faut distinguer deux cas : ou l'accès de goutte est d'intensité modérée, ou au contraire il est très intense.

I. — Dans le premier cas, on ne prescrira aucun mé(cament.

Tout d'abord, on recommandera le repos absolu au lit, a immobilité complète du membre atteint par la fluxion a culaire. On enduïra l'articulation malade avec du laudan ou de la pommade salicylée :

Salicylate de soude..................	5 grammes.
Lanoline..............................	50 —

ou bien avec un liniment huileux additionné d'extrait d'opi de belladone ou de jusquiame. On aura soin d'éviter l'en de tous les liniments susceptibles d'irriter la peau, tels le baume de Fioravanti, le baume du commandeur, les ments chloroformé, térébenthiné, camphré, ammoniacal augmentent la poussée fluxionnaire. Un simple catapl peut suffire à soulager le malade, mais souvent celui- peut en supporter le poids.

Après avoir enduit l'articulation, on la fait envelopper une épaisse couche d'ouate recouverte de taffetas gomm

Pendant l'accès, on ne donnera au malade que des liqu le lait est très favorable, car il augmente la diurèse ; titre, on recommande aussi les tisanes de pariétair queues de cerise, l'eau d'Evian ou de Contrexéville.

S'il existe de la constipation, on fera donner des lavem mais on évitera l'emploi des purgatifs.

Pour combattre l'insomnie, on ordonnera le sulfon trional, le chloral, mais pas l'opium.

Quand la douleur s'atténue, on revient progressivem une alimentation plus substantielle, en commençant p viandes blanches, les légumes verts, les œufs, les cuits.

II. — Si l'accès de goutte est violent et s'accompagı douleurs très vives, on devra prescrire une médi

rne, à condition toutefois que l'on soit sûr de l'intégrité œur et des reins.

es deux médicaments spécifiques de l'accès de goutte ιë sont le salicylate de soude et le colchique.

e salicylate de soude doit être prescrit à la dose de rammes, pendant les trois premiers jours, puis de ammes pendant les trois jours suivants; on devra cesser ιédiatement dès qu'apparaîtront des accidents nerveux ou liaques.

colchique possède une action plus efficace que le salite de soude, mais on ne doit l'ordonner qu'au bout de ques jours, quand la violence de l'accès commence à ènuer.

ι peut administrer ce médicament sous diverses formes; ainsi qu'on peut donner 8 à 10 grammes de vin de colıe dans une potion à prendre trois jours de suite ou bien 30 gouttes de teinture de colchique, ou bien 3 des pilules ιntes :

Sulfate de quinine	0gr,15 centigrammes.
Extrait de digitale..........	0gr,025 milligrammes.
Extrait de semences de colchique....................	0gr,05 —
Pour 1 pilule.	

bien l'on emploiera la formule de Dujardin-Beaumetz, st la suivante :

Teinture de colchique...........	àà 10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit.	
Teinture de jalap composée.....	
Teinture de quinine.............	

gouttes du mélange à prendre le matin, à midi et le soir, une tisane de frêne. Contre les nausées, on donnera ιtion de Rivière; contre le hoquet, l'eau chloroformée e et contre les douleurs gastriques, les cataplasmes très ds.

Maladies des enfants.

Un traitement de la coqueluche, par le Dr Joire (*Rev médicale*, juin 1895). — M. le docteur Joire (de Lille), obtie dans la coqueluche, de bons résultats par un traitement consiste à faire prendre à l'enfant, matin et soir, six à gouttes d'essence de fenouil versées sur un morceau sucre, et à l'envelopper dans un drap trempé dans une déco tion chaude de fleurs de fenaison.

On prépare cette décoction en faisant bouillir pendant u heure autant de poignées de fleurs de fenaison qu'on en ploie de litres d'eau. On étend ensuite sur le lit une couve ture de laine, on trempe un drap dans la décoction aus chaude que possible, on l'exprime légèrement et on l'éten sur la couverture de laine. On y couche ensuite le pet malade, on l'enveloppe dans le drap mouillé depuis le co jusqu'aux pieds, on enroule autour de lui la couverture d laine, on l'enveloppe encore dans d'autres couvertures et on l laisse ainsi emmailloté pendant une heure et demie. Au bout d ce temps, on le débarrasse de son drap mouillé, puis on le port rapidement dans un lit sec en ayant bien soin qu'il ne puiss se refroidir. Cet enveloppement est répété tous les jours. I produit une révulsion cutanée énergique qui exerce la plu heureuse influence sur le catarrhe bronchique concomitant ainsi que sur l'élément spasmodique de la coqueluche.

Grâce à ce traitement que notre confrère a employé dan un grand nombre de cas de coqueluche, la guérison s'obtiendrait en une moyenne de huit à dix jours, quinze jours au plus, sans complications.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 159.7.95.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le curettage de l'utérus, ses abus, ses insuccès, ses indications,

PAR G. BOUILLY,
Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il ne faudrait pas conclure des nombreux insuccès du curettage utérin qu'il faut le supprimer, mais je crois qu'il est tout à fait nécessaire de le réglementer. Il ne faut pas le supprimer, parce que le curettage est une opération excellente qui a fait ses preuves et qui chaque jour rend les plus grands services quand elle répond à ses véritables indications ; mais il faut le réglementer. Opération facile et très généralement bénigne, tombée dans le domaine public où elle a perdu ses brevets et sa bonne marque de fabrique, elle est devenue d'une banalité écœurante ; elle ne pouvait manquer, en effet, de séduire le grand nombre de médecins pour qui l'utérus et ses dépendances est devenu tout d'un coup le centre de la pathologie et à plus forte raison de les flatter hautement en leur mettant entre les mains une véritable intervention chirurgicale, en leur permettant de faire œuvre opératoire.

Quelle bonne fortune ! pouvoir sans risques ou à peu près, exécuter dans les profondeurs de ce mystérieux utérus une véritable opération ; n'en être plus réduit aux injections émollientes, aux tampons de glycérine et au classique crayon de nitrate d'argent ! s'élever à la dignité (?) d'opérateur ! Aussi un véritable vent de folie opératoire *curettante* a soufflé sur les diverses générations de médecins qui pratiquent aujourd'hui ; le plus modeste praticien possède un modèle

quelconque, plus ou moins heureux de curette ; — et je me suis même laissé dire que les médecins des stations thermales fréquentées par les utérines, perdant confiance dans ces mêmes eaux, qui naguère encore guérissaient toutes les affections, quand le curettage ne florissait pas, commencent souvent la cure par le curettage !

Aussi, la chose ne s'est pas fait attendre ; trop souvent, je ne crains pas de le dire, l'opération est appliquée à tort et à travers, en dehors de toute indication vraie et utile ; et si elle ne fait pas de mal, elle ne fait pas de bien. Je n'étonnerai personne en disant qu'il semble aujourd'hui que toute affection utérine ou post-utérine soit justiciable d'un ou de plusieurs curettages ; une femme présente un peu de leucorrhée, une autre a ses règles trop abondantes ou ne les voit pas assez, une troisième souffre du ventre ou des reins, toutes curettées ! Bien plus encore, celle-là n'accuse aucun symptôme abdominal : elle ne souffre pas, elle ne perd pas, mais elle est dyspeptique, elle a des migraines, des névralgies, des troubles nerveux variés ; en dépit de tout, son utérus est accusé, trouvé coupable et condamné au curettage. Chose plus grave encore, une autre souffre réellement de l'abdomen, elle a de vraies et réelles douleurs ; ces douleurs reconnaissent pour cause des lésions avancées des trompes et des ovaires, mais peu importe, il faut d'abord curetter ; trop heureuse en pareil cas la patiente, si elle échappe à la poussée pelvi-péritonéale aiguë et si elle ne voit pas ses douleurs aggravées par cette intervention inopportune !

Dans tous ces cas, la faute est due à l'insuffisance du diagnostic et à l'insuffisance des connaissances en gynécologie ; on méconnaît les indications du curettage, on étend sa puissance d'action dans des proportions tout à fait exagérées, on l'applique à une foule de cas où il ne devrait pas être mis en question et le résultat fatal, facile à prévoir, es

a production de nombreux insuccès. Mal instruits, les médecins et le public perdent alors confiance et rejettent sur l'opération la faute qui ne doit être imputée qu'à sa mauvaise application et à son choix inopportun.

On a trop demandé et on demande trop au curettage ; il ne peut donner de résultats que dans les limites où son action s'exerce ; or cette action ne s'exerce directement que sur un des éléments de l'utérus, que sur la muqueuse utérine et sa couche sous-jacente superficielle. Indirectement, la musculature, la circulation et l'innervation de l'organe peuvent se trouver favorablement impressionnés par l'ablation de produits septiques ou de corps étrangers siégeant dans cette muqueuse ou à sa surface ; mais tout résultat est absolument subordonné à l'état de cette muqueuse et tout curettage n'est indiqué que si cette muqueuse est malade, primitivement malade et a besoin d'être modifiée. Tout curettage qui s'adresse à un symptôme utérin ou abdominal, sans lésion avérée de la muqueuse utérine, est d'avance frappé de stérilité. Aussi pour serrer la question de plus près, est-il nécessaire de considérer les insuccès et les indications du curettage : 1° *dans les affections de l'utérus* ; 2° *dans les affections péri-utérines.*

a. — On va toujours répétant, j'ai moi-même écrit que le triomphe du curettage était l'arrêt des hémorrhagies dans l'*endométrite dite hémorrhagique.* La chose en soi est généralement vraie ; les meilleurs succès du curettage sont fournis par une hémostase rapide, définitive, obtenue contre les hémorrhagies répétées ou continues que l'emploi des moyens ordinaires et de la médication interne étaient incapables de maîtriser. Mais encore ici, faut-il s'entendre ; il y aurait beaucoup à dire sur cette *métrite* dite *hémorrhagique* et la première chose à faire serait d'abord de bien établir son entité. Je laisse à part ce point spécial, me réservant

de le traiter plus tard. Je n'insiste pour le moment q
ce point particulier : le curettage ne donne de succè
nitifs et durables contre la métrorrhagie que si cell
liée à la présence de produits *étrangers* ou *septiqu*
surface de la muqueuse utérine. Les uns et les autre
vent coexister et l'indication opératoire n'en est qu
nette. Les produits étrangers sont représentés par d
quats placentaires ou choriaux restés et vivant da
térus après l'avortement ou l'accouchement. L'im
majorité des métrorrhagies continues ou à répétitic
prochée, chez les femmes encore jeunes, en deh
néoplasmes bénins et malins, est due à cette cause e
qu'uniquement à elle.

Il n'y a, pour faire le diagnostic, qu'à retrouver p
terrogatoire un retard de règles de cinq semaines,
maines, deux mois, et une perte quelquefois accom
de douleurs, dans laquelle il y a eu plus ou moins de c
A partir de cette époque, la métrorrhagie s'est ins
tantôt continue, tantôt interrompue par de courtes acc
et revenant à propos de tout et à propos de rien ; n
compagnant pas de douleurs abdominales ni utéri
causant de troubles que par l'état d'anémie où elle c
les malades. Ici, la curette fait merveille et seu
réussit à tarir ces écoulements sanguins contre le
échouent le repos, les injections chaudes et froid
meilleures préparations hémostatiques ; et point
besoin que l'instrument ramène une grande quantité
tritus. Si dans les vraies rétentions placentaires, — e
tends dans ces rétentions placentaires éloignées de pl
semaines et de plusieurs mois de l'avortement fœtal
l'accouchement, — le curettage ramène de vrais morce
placenta, reconnaissables à leur aspect et à leur stru
dans ces formes d'avortement consécutif à une impré
récente, ovulaire ou embryonnaire, il suffit pour l'hén

du détachement d'un point de la muqueuse plus mollasse, d'apparence fongueuse, quelquefois localisé dans un petit coin, près du fond ou de l'un des angles de l'utérus. Que l'un de ces points ou plusieurs d'entre eux, a *fortiori*, aient été négligés ou oubliés, l'effet est manqué, l'hémorrhagie se reproduit et ne cède qu'à un nouveau curettage mieux conduit et plus complet.

Une autre forme de métrorrhagie justiciable du curettage est fournie par l'infection de la muqueuse utérine, par une véritable endométrite corporelle. Il ne s'agit plus ici de produits greffés et vivants à la surface de la muqueuse utérine, véritables points saignants sur la muqueuse, mais bien de vrais phénomènes d'inflammation de la muqueuse, consécutive à une infection d'un ordre quelconque, le plus souvent post-puerpéral ou post-abortif, quelquefois blennorrhagique. La métrorrhagie, dans ce cas, n'est plus qu'un accident et une complication de l'endométrite, elle ne tient pas le premier rôle comme dans la rétention dont nous parlions plus haut. Le plus souvent alors, la métrorrhagie est une *ménorrhagie;* les règles sont avancées, elles sont plus abondantes, plus prolongées et fréquemment le sang est en caillots. Mais en même temps, dans l'intervalle des règles, l'utérus est le siège d'un abondant écoulement muqueux, muco-purulent et même franchement purulent. La muqueuse infectée, vascularisée à l'extrême, traduit extérieurement ses lésions par les diverses expressions de ses sécrétions altérées et modifiées.

Ici, l'indication du curettage est double; l'opération ne s'adresse à l'hémorrhagie que par la modification ou la destruction de la muqueuse infectée; elle vise autant l'écoulement leucorrhéique que l'écoulement sanguin et n'a chance de modérer le second que si elle tarit le premier. La même heureuse modification de la muqueuse infectée arrête à la fois la leucorrhée et l'hémorrhagie.

Là encore est la bonne et vraie indication du curetta plus rapidement que tout autre moyen, l'intervention barrasse la muqueuse utérine de ses produits septiq permet l'emploi de substances modificatrices intra-utér et ne laisse régénérer qu'une muqueuse assainie et rei aseptique.

Ces deux cas — rétention de produits chorio-placent et endométrite avec tendance hémorrhagique — re sentent *seuls*, à proprement parler, les véritables cc tions où le curettage est indiqué et efficace contre le sy tôme *hémorrhagie*. Je les considère comme des indicat formelles de l'intervention que rien ne saurait rempla elle y rencontre les conditions les plus sûres de succ savoir un état pathologique de la muqueuse utérine vant être modifié mécaniquement, sans lésion sous-jac importante du parenchyme utérin, sans modification table de la circulation et de l'innervation de l'utérus. dire que je regarde comme incertain et inefficace d façon presque constante le curettage pratiqué contr métrorrhagies liées aux lésions des annexes, à la prés de fibromes et de polypes, à la métrite parenchyma et à la ménopause. Dans tous ces cas, la muqueuse plus en cause par ses propres lésions; ses vaisseau font que répondre aux troubles circulatoires et ner dont le parenchyme utérin est le siège, et une action n nique ou médicamenteuse portant sur la face intern l'organe ne saurait modifier d'une façon permanent manière de réagir. C'est là un point de la pathologie ut que je ne puis qu'effleurer dans cet article, point digne haut intérêt et sur lequel il y aurait long à dire.

Aussi quel insuccès quand on intervient à tort dan diverses conditions ! Si l'opération est bénigne, à la v elle reste le plus souvent inefficace et se déconsidèr les échecs au-devant desquels elle court. Dans tous ce

tement de l'hémorrhagie même n'est qu'un traite-
ymptomatique et palliatif; le traitement de sa cause
e d'autres moyens.

urettage dans les métrites. — J'entre ici, pour ainsi
lans le vif de la question; ici en effet, pour la
té des praticiens, il ne semble guère devoir exister
ation dans l'emploi de la curette. L'utérus est
; la porte d'entrée de l'infection est la muqueuse
; celle-ci traduit son infection par l'abondance
ération de ses sécrétions. Le traitement non chi-
l est long et incertain; la cavité utérine est faci-
accessible avec ou sans dilatation préalable. Quoi de
nple et de plus logique en apparence que d'enlever
uqueuse par un raclage soigné et d'en faire une
ıse neuve et vierge de microbes ? Le mal semble
ıs la main et le remède à la portée de tout le monde.
ı ! il faut le proclamer bien haut et ne plus se faire
ons; la chose est beaucoup plus compliquée qu'elle
ble l'être au premier abord; les raisonnements et
tements *simplistes* tombent ici en défaut devant
iété et une complexité de lésions généralement mal
s et mal interprétées.

le nom banal de *métrites*, on englobe une série de
diverses allant du simple au composé, variant de
le nature, n'ayant guère comme symptôme commun
xagération des sécrétions utérines. Dans la généralité
, on ne tient pas compte de l'âge de ces lésions, de
ge, de leur nature, de leur enchaînement et de leurs
aisons. Croyant bien faire et tout faire, l'opérateur
truit ne s'attaque qu'à un des éléments de la ques-
l curette toujours une première fois, curette assez
t une seconde et s'étonne de ne voir s'améliorer
les symptômes contre lesquels il est parti en guerre;

les douleurs, s'il en existait, ne diminuent pas ou s gèrent; les sécrétions modifiées quelques jours, raissent de plus belle ; les troubles fonctionnels sans changement, tout est remis en cause. [C'est en dans les métrites où le curettage a été présenté c une panacée qu'on le voit échouer le plus souvent, d'un diagnostic judicieux des lésions et d'une saine a ciation de l'indication opératoire. Pour explique récidives, on accuse les canules et les injecteurs qui fectent, le coït qui traumatise et congestionne, les pations et les fatigues prématurées qui débilitent l nisme; on n'accuse pas assez l'indication thérape mal saisie et mal remplie.

Pour expliquer et éviter les insuccès du curettage les métrites, il est de toute nécessité de classer ces tions et de distinguer les lésions. Au point de vue d dications opératoires, une première division s'impos faut distinguer les métrites du *corps* et les métrites c Les premières sont relativement rares, comparées à l quence des secondes. Dans ces métrites, il faut de introduire une seconde division et tirer du siège et nature des lésions, et distinguer : 1° les lésions bor la muqueuse et à ses couches sous-jacentes les plus s ficielles, *endométrite, métrite catarrhale;* 2° les altér plus profondes du parenchyme, *métrite parenchym totale, métrite parenchymateuse cervicale.* Dans ces f profondes, si l'infection a bien à un moment débuté] muqueuse, elle a plus tard pénétré plus profondém produit dans les autres éléments de l'organe, des tions portant sur les glandes, sur le tissu interstiti les vaisseaux, *métrite cervicale glandulaire, métrite cale avec dégénérescence scléro-kystique,* etc.

A cette période, les lésions superficielles, catarrh la muqueuse, ne sont plus rien ou ne jouent qu'u

effacé; les altérations profondes, secondaires, sont tout et deviennent la source de nouvelles indications que ne saurait remplir le curettage seul.

Pour ne pas donner à cet article des développements exagérés et pour éviter de tomber dans des redites, qu'il me soit permis de formuler en résumé les indications et les contre-indications du curettage, en pareil cas, c'est-à-dire de trouver par là même la cause de ses succès et les raisons de ses échecs. Dans les métrites, le curettage est par excellence le traitement des *endométrites du corps* utérin; c'est-à-dire des infections superficielles, encore récentes, de la muqueuse corporelle; la curette est l'instrument du corps de l'utérus. Elle réussira, presqu'à coup sûr, ou préparera le succès des traitements consécutifs, dans les infections de la muqueuse corporelle post-puerpérales ou post-abortives de date encore peu éloignée; elle réussira dans le nettoyage de la muqueuse infectée par le sang où les sécrétions retenues par un fibrome ou un polype utérin; elle fera merveille dans les métrites caséeuses ou caséiformes des vieilles femmes où les sécrétions s'accumulent, se décomposent, se putréfient et simulent un cancer du corps utérin. En dehors de ces quelques cas, le curettage échouera presque toujours; il manquera son effet dans les métrites parenchymateuses totales, contre les gros utérus à mauvaise involution, à infiltration interstitielle, à mauvaise vascularisation, à innervation troublée. Il ne réussira presque jamais dans la dysménorrhée membraneuse; il échouera constamment contre l'hydrorrhée symptomatique d'une lésion des annexes, contre les écoulements sanguins et leucorrhéiques revenant à date fixe entre les époques.

Les métrites du *col* représentent la plus grosse part des lésions chroniques, contre lesquelles nous sommes appelés à intervenir. Or, ici dans ces cas nombreux, l'indication opératoire devient tout autre et l'on peut dire que le col est

un mauvais terrain pour la curette. Dans les infe aiguës ou subaiguës, blennorhagiques ou autres, el dangereuse ; dans les infections chroniques, elles est cace. Dans l'endométrite glandulaire cervicale, la p deur des lésions contenues dans les culs-de-sac glandu sous-muqueux et intermusculaires, les rend inabor à l'instrument ; curetter en pareil cas, c'est netto goulot d'une bouteille sans nettoyer son fond. Da déchirures du col compliquées d'infection, si la déc est encore récente, le curettage ne peut être qu'un pı temps du traitement dont la restauration du col cor le temps principal ; dans les déchirures anciennes, c quées d'ectropion cicatriciel, de métrite cervicale ı chymateuse, de dégénérescence scléro-kystique, il n' de raison d'être. Il n'y a plus de muqueuse à propr parler, toutes les lésions sont profondes et interstiti gratter ou cautériser en pareil cas, c'est perdre absol son temps et méconnaître l'indication. Les lésio peuvent être modifiées ici que par des opérations à destructives et réparatrices, réalisant l'ablation des p malades et la restauration des formes perdues. Si le cur est pratiqué en même temps, il intervient pour la muq du corps, il n'est plus qu'un acte complémentaire, coup de balai qui ne laisse pas malpropre le res l'appartement après qu'on a nettoyé et restauré le bule. Il n'est donc pas difficile de conclure, en s'ins de ces données générales, combien sont restreintes le cations du curettage dans les lésions chroniques du combien doivent être fréquents ses insuccès en pare

C. *Du curettage dans les affections péri-utérines.* — puis avoir la prétention, dans un article de ce genre, d'é l'influence de la thérapeutique intra-utérine dans le ment des lésions développées autour de l'utérus ; je n

m'occuper ici, et d'une façon très sommaire, que des indications du curettage contre ces complications et je chercherai surtout à montrer la rareté de ces indications. C'est ici, en effet, que sont le plus nombreux les abus et les insuccès de cette manœuvre. Quand on n'est pas assez patient pour attendre du temps et des médications simples la résolution ou l'amélioration des lésions péri-utérines peu avancées, ou quand on n'est pas assez chirurgien pour enlever des organes malades que rien ne saurait plus améliorer, il est bien rare qu'on ne pratique pas un ou plusieurs curettages. Dans la plupart des cas, le bénéfice retiré par les malades peut être tout aussi bien attribué au repos nécessité par l'opération qu'à l'opération elle-même. Le curettage est appliqué banalement, sans diagnostic précis des lésions péri-utérines, sans appréciation exacte de la présence ou de la nature de ces lésions, sans un examen suffisant de l'état de l'utérus. La douleur abdominale, pelvienne, la gêne de la marche, les troubles fonctionnels à distance, les phénomènes dyspeptiques et nerveux, voilà souvent toute la source de l'indication opératoire! S'agit-il de vraies utérines, de *fausses* utérines; s'agit-il d'une affection de la trompe ou des ovaires, d'une propagation au tissu cellulaire péri-utérin ou au péritoine pelvien? Peu importe, on opère et on n'obtient rien; quelquefois même on obtient une aggravation douloureuse.

Il est loin d'être indifférent de curetter à toutes les périodes des affections péri-utérines et contre toutes ces lésions. L'indication opératoire ne saurait être fournie par la seule constatation de phénomènes propagés autour de l'utérus; elle doit se tirer du siège et de la nature de ces phénomènes et de la connaissance aussi exacte que possible des lésions.

Une manœuvre, comme le curettage, qui ne s'adresse qu'à la muqueuse utérine ne peut avoir une influence sur les lésions de voisinage que d'une façon tout à fait indi-

recte; elle ne peut prétendre à leur amélioration que mise en meilleur état de cette muqueuse et la supp d'un milieu septique d'où partent les éléments inf pour ce voisinage. Deux conditions dominent, en ce indications et peuvent faire prévoir le succès ou l'éc curettage; d'une part, une infection utérine pouva supprimée par l'action mécanique, c'est-à-dire par tion de la muqueuse; d'autre part, la nature et le de lésions péri-utérines. L'utérus peut infecter la trom continuité d'inflammation de sa muqueuse à la mu tubaire, *endo-salpingite;* il peut enflammer le tissu laire du ligament large et du bassin, l'ovaire, par un phangite péri-utérine; *cellulite pelvienne, ovarite* e *ovarite;* il peut infecter le péritoine pelvien par le mécanisme, sans propagation nécessaire aux annex *ramétrite latérale* et surtout *paramétrite postérieu* quel que soit le chemin parcouru par l'élément inf et quel que soit son point d'arrivée, l'intervention n'a chances de succès que si elle arrive hâtivemer elle est pratiquée avant la production de lésions de nage bien et dûment constituées. A cette période p on ne peut souvent que soupçonner l'infection de voi une douleur utérine constatée par le palper bi-man la sensibilité sur les parties latérales ou dans le cul postérieur de l'organe réveillée par la même explorati moindre dépressibilité, une diminution de la souples male des culs-de-sac; à un degré plus avancé, un empâtement douloureux de la base des ligaments une traînée sensible, sur un des côtés, au niveau du vaginal, continuant une déchirure cervicale; le tout pagnant un écoulement leucorrhéique, purulent, une ou une déchirure du col, chez une femme encore pe gnée d'un accouchement ou d'un avortement ou e sance d'une gonorrhée de quelques semaines; voilà

ı présomptions d'une infection propagée au voisi-
/oilà de bonnes indications pour tarir la source d'où
s'écoule et s'étend. Trompe enflammée au niveau de
jet utérin? Ovaire ou tissu cellulaire entouré ou par-
par des lymphatiques enflammés? Péritoine pelvien
et sécrétant au voisinage du tissu utérin et de ses
ıtiques sous-séreux charriant des matières septiques?
porte le diagnostic anatomique précis; le diagnostic
e est clair; le *parametrium* devient malade, parce
térus est en puissance et en état d'infection; modi-
état et tout le voisinage rentrera dans l'ordre. Vous
z ainsi une salpingite au début, une cellulite pel-
en voie d'évolution, une ovarite et une péri-ovarite
ıvenir, vous préviendrez une paramétrite postérieure
ѕs adhérences et toutes ses fâcheuses conséquences
nutrition et l'attitude de l'utérus.

ı dehors de ces conditions toutes spéciales où le cu-
peut être souverain, peut-il être bon et utile contre
rés plus avancés des lésions des annexes? J'en doute
: le crois pas. Que peut-il faire à une période où la
ıse utérine s'est spontanément modifiée, où ses sé-
s sont devenues stériles et où les lésions de voisi-
ıt pris toute l'importance et jouent le premier rôle?
ıt-il contre ces trompes malades qui ne communiquent
'ec l'utérus, pour ces ovaires adhérents, kystiques
.s de petites collections purulentes, contre la cellulite
ne organisée, scléreuse, contre les adhérences péri-
s ou les collections séreuses enkystées? Il ne peut
n moment d'action est passé; son application est
isible qu'utile.

ferai pas l'injure de croire qu'on l'applique quel-
contre la salpingite suppurée ou le pyo-salpinx,
es gros ovaires kystiques ou purulents, contre les
ıces des organes du petit bassin. Ici, la manœuvre

ne serait plus seulement inutile, elle deviendrait dan
reuse et presque coupable.

Et ainsi, en procédant par élimination, ne voit-on p
quel petit nombre d'indications répond le curettage
les affections péri-utérines et même utérines, et si l'on
pare la quantité des opérations pratiquées journellem
la faible somme des cas qui la réclament, n'ai-je p
droit de dire, à la fin comme au début de cet article, q
curettage a besoin d'être réglementé?

PHARMACOLOGIE

Valeur thérapeutique du Pambotano (Calliandra Hous dans le traitement de quelques manifestations paludéennes

Par le Dr Crespin, d'Alger.

Depuis le mois de novembre 1892, j'ai exercé dan
régions infestées, à des degrés divers, de fièvres palu
bien souvent je me suis trouvé aux prises avec ces
festations tenaces, rebelles à tous les médicaments c
à toutes les médications d'un usage courant. C'est da
cas semblables que j'ai donné le Pambotano, médic
peu connu en France, surtout il y a quelques année
résultats que j'ai obtenus sont assez encourageants
m'autoriser à les faire connaître aujourd'hui.

Le Pambotano, arbuste de la famille des Légumi
Schwartziées, pousse au Mexique et en Cochinchine
seulement dans les régions chaudes. La portion act
la plante est la racine : depuis longtemps, on l'emp

que, et dans les pays de latitude voisine, contre les
ents paludéens.

ısieurs chimistes, MM. R. de Orellano, Moralès, au
que, MM. Villejean, Bocquillon, Arnaud, en France,
ıit l'analyse de la plante, sans y découvrir autre chose
du tannin, des matières grasses, une résine âcre
le dans l'éther et l'alcool, et un glucoside (Boc-
ın) : aucun d'eux n'a pu déceler la présence d'un alca-

ıucoup de praticiens ont employé cette racine, mais
ı d'eux n'a encore publié de travail étendu sur ses
thérapeutiques : les essais, restés isolés, vraisembla-
ınt, en raison de la difficulté éprouvée à se procurer
dicament, n'ont permis à personne de formuler des
usions décisives. Voilà pourquoi je crois utile de résu-
nes recherches personnelles : sans me dissimuler les
reuses lacunes existant dans ce travail, je crois être
isé, en raison du grand nombre de mes observations,
nuler certaines règles, me paraissant tout à fait éta-
et à signaler certains points qui méritent une atten-
toute particulière, malgré le vague les entourant
e.

ımi les médecins qui se sont le plus particulièrement
ıés de ce médicament au point de vue clinique, il con-
de citer surtout : d'abord les médecins du Paraguay,
Plata, du Mexique, puis MM. Betancès aux Antilles,
ıon (des Basses-Pyrénées), dès 1884, de Chapelle (de
ıaux), Frouin, Poirson, Valude (de Vierzon) : ce der-
a présenté la plante à l'Académie, au mois de no-
re 1889. Le mémoire de Valude contient quinze obser-
ıs personnelles, ayant trait à des guérisons de fièvres
ute nature, grâce au Pambotano; dans son rapport
e mémoire, M. Dujardin-Baumetz, malgré le petit
ıre d'observations présentées, concluait à l'opportunité

de recherches nouvelles, sur un médicament qui promettait autant !

Mes expériences ont porté, comme celles de Valude, sur un certain nombre de manifestations fébriles, dépendant de maladies variées : je ne veux m'occuper que des manifestations paludéennes ayant résisté à la quinine, à d'autres médicaments, à l'hygiène la plus sévère, et contre lesquelles j'ai eu avantage à employer le Pambotano.

Modes d'administration du médicament. — Je l'ai administré soit sous forme de décoction de racine, soit sous forme d'élixir; ma façon de faire a été celle de Valude, sauf une modification, que j'ai cru devoir introduire dans l'administration du médicament, à la suite de certains cas douteux : au lieu de donner 70 grammes de racine en décoction ou en élixir, j'ai élevé la dose à 80 grammes pour l'adulte, et j'ai administré le médicament en huit fois au lieu de quatre, en vingt-quatre heures; pour l'enfant au lieu de 35 grammes, j'ai donné 40 grammes également en huit fois, ou même en dix fois.

D'ailleurs la règle très générale que je viens d'énoncer, concernant le mode d'administration du Pambotano ne doit pas être considérée comme absolue; selon la forme, la date, l'intensité des accidents palustres, il faut modifier sa pratique dans le sens qui paraîtra le plus favorable, d'après son expérience propre.

Voici quelques indications à ce sujet : j'ai observé qu'avec des doses fractionnées, 80 grammes étant toujours la dose maxima pour vingt-quatre heures, j'arrivais à un résultat meilleur qu'avec des doses massives, dans les cas de fièvres intermittentes quotidiennes ou continues, de date récente, sans hypertrophie splénique douloureuse. Ces mêmes doses fractionnées m'ont rendu de grands services dans les cas de paludisme invétéré ou chronique.

En présence d'accidents graves et affectant un caractère rès net d'acuité, j'ai usé avec avantage des doses massives 80 grammes en deux fois à trois heures d'intervalle).

J'ai remarqué comme Valude, qu'il fallait donner le Pambotano, au moins une heure après le repas, à cause des romissements presque inévitables, quand on néglige cette récaution.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU MÉDICAMENT.

A. *Sur l'homme sain et adulte.* — Mon expérimentation a orté sur moi-même, qui n'ai jamais été entaché de paludisme.

J'ai pris une première fois 80 grammes de racine de Pambotano en décoction, une seconde fois 70 grammes en élixir, t les effets ont été les mêmes, un peu plus marqués dans la remière expérience, ce qui tient vraisemblablement à la ose un peu plus forte du médicament. Ces deux quantités nt été prises en vingt-quatre heures, divisées en huit oses égales, et dans du thé très chaud et très sucré : la aveur m'a paru très âcre, mais nullement désagréable. Un uart d'heure après l'absorption de la première dose, je entis des sueurs venir en abondance : la salivation augmenta ainsi que la secrétion urinaire : l'augmentation de ette dernière n'a cependant jamais été aussi marquée qu'à a suite de l'administration d'un vrai diurétique. Le pouls ugmenta de fréquence et de force. Dès le lendemain, l'appétit, très diminué les jours précédents, augmenta, et pendant quatre jours, il en fut de même; la quantité d'aliments bsorbés sans aucun trouble digestif fût considérable, ce ui était d'autant plus remarquable que, naviguant alors ans la mer des Antilles, pendant la saison chaude, je ubissais auparavant le sort commun des Européens, qui erdent tous plus ou moins l'appétit à cette époque de

l'année (août-septembre 1894) sous ces latitudes tropicales. Les somnolences invincibles auxquelles j'étais sujet quelques jours auparavant disparurent pour faire place à une grande lucidité, qui me permit de travailler efficacement, aux heures où d'habitude j'étais obligé de faire une sieste, souvent très prolongée. Je puis rapprocher ces effets de ceux obtenus encore sur moi-même quelques années auparavant, par l'administration de 0 gr. 60 à 1 gramme de caféine, mais je ne puis pousser plus loin la comparaison entre ces deux substances, car la dernière avait eu des effets bien plus passagers.

B. *Sur l'homme malade.* — L'action du médicament sur le malade est analogue à son action sur l'homme sain; j'ai toujours noté, dès l'administration de la première dose, une sueur très abondante, une accélération du pouls et de la respiration, une augmentation des secrétions salivaire et urinaire, bref une suractivité considérable de la plupart des fonctions organiques. Tous mes malades ont accusé eux-mêmes la réaction très vive qui se passait en eux : certains m'ont dit avoir cru d'abord à l'inefficacité du médicament, dès l'apparition des sueurs, puis s'être sentis comme revenir à la vie; ces sensations particulières éprouvées par mes malades, indiquent nettement l'uniformité dans le mode d'action du Pambotano et en font un médicament des plus sûrs.

OBSERVATIONS.

Mes observations sont au nombre de soixante : trente se rapportent à des malades traités auparavant SANS RÉSULTAT, à l'aide de médicaments divers : cinquante relatent des succès incontestables et même remarquables pour certaines d'entre elles : dix au contraire relatent des insuccès.

Ma situation de médecin d'un chemin de fer en construc-on d'abord, de médecin sanitaire à bord des paquebots de ι Compagnie Transatlantique ensuite, a été tout à fait ιvorable à l'expérimentation que j'ai entreprise depuis eux ans et demi.

Voici la répartition par région de mes diverses observa-ons :

30 en Tunisie (région de Tunis-Mâteur-Bizerte);

5 dans l'isthme de Panama (4 à Colon, 1 à Couleubra);

4 à Haïti;

1 à Puerto-Rico (San-Juan);

10 relatives à des Indiens émanant de la Martinique et e la Guadeloupe et rapatriés dans l'Inde, à bord de la *'ille-de-Bordeaux*, au mois de juillet d'abord, au mois d'oc-ıbre 1894 ensuite;

5 en Algérie (3 cas dans le département de Constantine, ux environs de La Calle; 2 à Alger);

5 à Marseille.

Les dix insuccès ont été observés, en Tunisie (5 cas), à olon (1 cas), à bord de la *Ville-de-Bordeaux* (2 cas), un à larseille, un autre à Haïti.

Mais l'on verra par la suite que ces insuccès n'ont pas été bsolus, au moins pour la plupart d'entre eux, ou qu'ils ont ·ait à des cas défiant, jusqu'à présent, toutes les ressources e la science.

Voici le résumé de mes observations, classées selon le ype palustre dans lequel j'ai donné le Pambotano :

A. *Fièvres intermittentes quotidiennes.* — Les résultats ont été remarquables : 20 cas, 20 succès, et dans 16 cas, il ι suffi de 80 grammes de racine en décoction ou en élixir, pour couper la fièvre d'une façon définitive, restaurer l'état général presque instantanément. Dans les quatre autres cas, il a fallu renouveler la dose quelques jours plus tard;

mais alors le succès était définitif, surtout si le malade ne s'exposait plus à une nouvelle infection, et même, dans ce dernier cas, j'ai constaté comme une immunité contre le paludisme ; des ouvriers guéris avec une ou plusieurs doses de Pambotano pouvaient affronter des marécages particulièrement dangereux, sans être touchés par le miasme palustre. Ces observations ont toutes le mérite de se rapporter à des malades qui furent suivis pendant plus de dix-huit mois : elles seules suffiraient à établir la valeur thérapeutique du médicament, puisque mes malades auraient été traités pendant un mois au moins, plusieurs mois au plus, avec la quinine, sans qu'un résultat très net ait été obtenu.

Dans les cas (16) où la guérison a été obtenue à l'aide d'une seule dose (80 grammes), j'ai noté six fois que le type de la fièvre changeait avant qu'il y ait disparition complète. De quotidienne la fièvre devenait tierce ; dans un cas, elle devint tierce, puis quarte ; mais en moins de dix jours, tous les accidents disparaissaient, et d'une façon définitive.

Dans les autres cas, la fièvre a disparu du jour au lendemain.

Il n'y a jamais eu de récidive de l'infection palustre avant huit mois, et ces récidives, toujours légères, se sont produites chez des personnes s'étant exposées d'une façon continue à des émanations nocives, et comme la plupart étaient des ouvriers, leur hygiène laissait beaucoup à désirer : je n'ai constaté d'ailleurs que cinq récidives.

B. *Fièvres continues simples.* — 25 cas, 23 succès, 2 insuccès. Les résultats sont au moins aussi remarquables que ceux énoncés précédemment. Il a fallu généralement (dix-sept fois) une dose et demie, deux fois deux doses, quatre fois une seule dose pour amener une guérison paraissant définitive, en moins de quinze jours, puisque la plu-

part des malades (15) suivis pendant deux mois, n'ont présenté aucune atteinte nouvelle de l'affection palustre. Le type de la fièvre est devenu seize fois quotidien avant de disparaître complètement. Les deux insuccès ont trait : 1° à un enfant de six ans, de la Martinique, profondément anémié, et soumis à une hygiène déplorable. 40 grammes un premier jour, 40 grammes six jours après, produisirent une amélioration très légère de l'appétit; mais la fièvre ne disparut point, et le malade ne retira, en somme, aucun avantage de l'administration du médicament; 2° à un jeune indien de 11 ans, réduit à l'état squelettique, et mort à bord de la *Ville-de-Bordeaux*, au mois de juillet 1895; il y eut même intolérance (c'est le seul cas) de la part de cet Indien, qui vomit le Pambotano, comme il vomissait tous les aliments, sitôt leur absorption.

C. *Fièvres bilieuses des pays chauds.* — (4 à Haïti; 1 cas à la Martinique; 1 cas à Colon). Il n'y a eu que deux succès, et encore peu significatifs : un nègre de Saint-Domingue, en voie de guérison déjà, éprouva une amélioration immédiate de l'état général, après l'absorption d'une dose de Pambotano; sa guérison s'achèva d'une façon plus rapide, m'a-t-on dit, mais je ne l'ai point suivi.

Un autre nègre fut guéri d'une fièvre bilieuse avec dysenterie datant d'un mois, mais avec le concours d'autres médicaments (quinine, quassia amara) et un régime des plus sévères. Les insuccès ont trait à des fièvres bilieuses très graves, trois étaient des fièvres bilieuses hématuriques; ces trois cas ont été suivis d'une mort très rapide.

D. *Paludisme chronique.* — Périodes de fièvres très espacées, mais durant alors huit jours, quinze jours, un mois même, avec mégalosplénie souvent considérable, et absolument inattaquables par la quinine, l'arsenic ou d'autres médicaments.

6 cas, 5 succès, 1 insuccès. Il a fallu quatre fois (doses, une fois une seule dose a suffi : la rate a diminu même temps que l'état général s'améliorait, et cel moins de vingt jours. L'insuccès se rapporte à un ma paludié depuis trente ans, et porteur d'une cirrhose d(cinq ans; ce malade semble cependant avoir éprouvé amélioration passagère, grâce au Pambotano.

E. *Accès pernicieux.* — 1 cas, 1 insuccès. Au deux jour d'un accès pernicieux traité la veille par des injec de quinine et de bleu de méthylène, 80 grammes de botano n'empêchèrent pas la mort, d'ailleurs immi avant l'administration du médicament. Ce cas a été ob à la Martinique.

F. *Névralgies.* — 2 cas, 2 insuccès.

Mes malades ont tous deux repris l'appétit qu'ils av perdu, mais leurs névralgies n'ont pas cédé au médica

De toutes ces observations je crois pouvoir dès ma nant tirer les conclusions suivantes :

1° Le Pambotano réussit souvent dans les acci palustres, là où auparavant la quinine et d'autres mé ments avaient complètement échoué.

2° C'est surtout dans les fièvres intermittentes (diennes, et dans les formes continues simples, que le cament remporte le plus de succès. Dans le palu chronique, il est également très avantageux; mais da fièvre bilieuse, les accès pernicieux, les névralgies, pas donné de résultat bien instructif.

3° Dans la plupart des cas, il a été noté l'augmen de l'appétit : le médicament paraît être un stomac puissant, très supérieur au quinquina.

4° Le Pambotano ne paraît pas agir spécifiquemen les accidents palustres : il agit vraisemblablement en

vant l'état général, en favorisant la décharge, l'élimination des éléments infectieux, par la peau ; cette décharge est donc ici presque exclusivement cutanée.

5° Ce mode d'action du médicament explique ses succès dans diverses maladies infectieuses (grippe, fièvre thyphoïde, etc.) comme en font foi les observations de Valude.

6° L'absorption du Pambotano se fait toujours très rapidement :

7° C'est un médicament absolument inoffensif.

8° Quand il sera suffisamment connu, il rendra de grands services en Algérie ; car il agit victorieusement sur les types d'accidents palustres qu'on rencontre le plus fréquemment dans ce pays : (fièvres intermittentes — continues, — paludisme chronique).

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

Traitement de la furonculose.

(Recueillie par M. Goudart).

La nature du terrain semble avoir une grande influence dans le développement de la furonculose ; si le plus souvent on n'observe qu'un furoncle isolé, sans que le malade présente jamais ni pendant son évolution ni après sa guérison aucun autre accident semblable, il n'est pas rare de voir au contraire coexister ou se succéder une série de furoncles disséminés sur divers points du corps ou agglomérés en une certaine région et constituant une furonculose plus ou moins généralisée. A cette prédisposition individuelle s'ajoutent des infections de voisinage par propagation du staphylocoque aux tissus des régions qui entourent

le premier furoncle. Ces infections de voisinage contribuent pour une large part à multiplier les foyers morbides.

Outre les inconvénients locaux dûs à la douleur et à la gêne provoquées par l'éruption, la furonculose amène souvent des troubles généraux, particulièrement du côté du tube digestif et il n'est pas très rare d'observer des complications qui viennent assombrir le pronostic de cette affection en apparence bénigne.

Aussi importe-t-il d'instituer le plus tôt possible un traitement rigoureux de la maladie.

Ce traitement doit être double et comprendre une médication interne en même temps qu'une thérapeutique externe.

I. Traitement interne. — 1° On donnera au malade, comme unique boisson, de l'eau de goudron ;

2° On lui fera prendre des cachets contenant :

Soufre sublimé	0gr,10
Camphre pulvérisé	0gr,02

Pour un cachet, prendre trois cachets par jour ; un le matin, un au milieu de la journée, un troisième le soir.

II. Traitement externe. — Le traitement externe s'adresse directement à l'éruption furonculeuse. Il varie suivant l'état plus ou moins avancé de chaque furoncle. Il a pour but, soit de faire avorter les furoncles au début, soit d'évacuer le contenu des furoncles déjà formés et d'éviter ainsi autant que possible les propagations du voisinage, tout en amenant une cicatrisation plus rapide.

a. Furoncles au début. — Dès qu'on verra en un point apparaître une rougeur ou un commencement de pustule annonçant la formation d'un nouveau furoncle, on couvrira le point de teinture d'iode. On badigeonnera ainsi tous les points suspects.

. *Furoncles formés.* — Pour les furoncles déjà formés, cherchera à en évacuer aussi exactement que possible ontenu. Si le furoncle s'est ouvert spontanément, on primera avec soin, en agrandissant l'ouverture si cela nécessaire avec le bistouri, de manière à pouvoir aisé- it le vider.

près avoir ainsi exprimé le contenu du furoncle, on oduira dans la plaie à l'aide d'un pinceau une pâte ainsi stituée :

Soufre sublimé........................	10 grammes.
Camphre pulvérisé....................	10 —
Glycérine.............................	Q. S.

n outre, on étendra cette pâte sur un linge de toile dont recouvrira l'ensemble de l'éruption furonculeuse.

nfin on fera quatre fois par jour sur toute la surface de iption, après avoir soigneusement lavé les furoncles à 1 boriquée, une pulvérisation d'une demi-heure avec de 1 phéniquée au centième; après quoi, on refera le pan- ent à la pâte soufrée.

e traitement de la furonculose amène en général une lioration rapide de l'état du malade. Il arrête immé- ement le développement et la propagation de l'affection. ppliqué à temps lorsqu'il n'existe qu'un seul furoncle le grand avantage non seulement d'amener sa guérison de, mais encore d'empêcher chez les individus prédis- s le développement de la furonculose.

est bien entendu que tout traitement de la furonculose précédé d'une recherche consciencieuse du sucre dans ne. Dans les cas de diabète le traitement sera modifié nt les indications spéciales fournies par cette affection.

VOCABULAIRE MÉDICAL

Terminologie technique et scientifique,

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

Dans un précédent numéro (15 juillet 1895) nous avons commencé la publication de l'appellation des opérations chirurgicales d'après leur nom technique ou d'après le nom du procédé de l'opérateur. Il nous a paru intéressant d'alterner cette publication avec celle de l'explication des différents mots employés en médecine soit pour désigner un symptôme soit pour désigner une maladie d'après le nom de l'auteur qui le premier l'a décrite. Un exemple fera mieux comprendre l'utilité de cette publication que l'explication la plus étendue ainsi, voici une affection désignée sous le nom de maladie de Fothergill qu'on désigne encore souvent sous le nom de prosopalgie et qui n'est autre que la névralgie faciale, névralgie du trijumeau, névralgie trifaciale, qui prend encore le nom de tic douloureux de la face lorsqu'elle se complique de phénomènes convulsifs. Nous pensons donc être utile aux praticiens en leur désignant brièvement, sous forme de vocabulaire, les différentes dénominations nouvelles et anciennes avec leurs synonymes d'après les travaux les plus récents et les découvertes les plus modernes. Le praticien pourra ainsi lorsqu'une de ces appellations se présentera dans la lecture d'un travail, être rapidement au courant de cette appellation. Nous commencerons par la publication des termes employés dans les maladies du système nerveux.

Anesthésie. — Abolition complète de la sensibilité générale de la peau et des muqueuses.

:sthésie. — Perte de la sensibilité de la moitié du

:sthésie. — Diminution de la sensibilité.

hésie. — Exagération de la sensibilité.

sie. — Retard de la sensibilité qui n'est perçue es instants après l'excitation.

sie. — Sensibilité au froid.

sie. — Sensations anormales très diverses : froid, ptation, formication, etc.

:. — Perte de la sensibilité à la douleur.

ésie. — Diminution de la sensibilité à la douleur.

ésie. — Sensation douloureuse au simple contact.

ésie. — Sensation douloureuse intense à la suite tion sur la peau de certaines substances qui ne à l'état normal qu'une sensation banale de contact

e. — Trouble de la sensibilité dans lequel les cons par le patient sont rapportés par lui non à la hée mais à la partie symétrique du corps (Brown-bersteiner).

anesthésie. — Perte de la sensibilité à la chaleur.

ohobie. — Exaltation subjective de la sensibilité

e. — Plaque douloureuse localisée dans une ré-ole, sorte de neurasthénie mono symptomatique

ésie. — Trouble de la sensibilité dans lequel une avec un seul agent, pointe d'épingle, produit une multiple comme si on faisait deux ou trois piqûres.

Signe de Remak. — Anomalie de la perception en vertu de laquelle une piqûre d'épingle, par exemple, développe d'abord une sensation tactile, puis après quelques secondes une sensation douloureuse.

Maladie de Parkinson. — Paralysie agitante ou skaking-palsy.

Facies parkinsonnien. — Facies marmoréen. Facies de la paralysie agitante caractérisé par l'immobilité des traits du visage, la fixité du regard. La figure a une expression permanente de tristesse et paraît comme figée.

Maladie de Stokes-Adams. — Syndrome caractérisé par un pouls lent permanent.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

De l'insomnie en chirurgie et de son traitement (G. van Schaick, *Aerztliche Rundschau*, 1895, n° 17; tirage à part). — L'insomnie dont on a à s'occuper en chirurgie peut être due aux causes suivantes :

1° *Nervosité par suite de la peur de l'opération.* — Cette peur de l'opération est assez fréquente ; elle se manifeste ordinairement, dès que le chirurgien a annoncé au malade la nécessité d'une opération, par l'accélération du pouls, par la rougeur de la face, la frayeur, la fixité du regard, etc. Cette peur est ordinairement accompagnée d'insomnie opiniâtre qui affaiblit l'organisme et la résistance du malade au shock. On a même signalé des cas où cette peur a amené la

sujets à opérer. Il faut donc combattre cette peur ntrant au malade l'innocuité de l'opération et surtout ırer le sommeil. Toutes les fois que cette insomnie causée par la douleur, c'est au trional, à la dose de ıe, que l'on aura recours. En cas de nécessité, on cette même dose dans une heure. Le sommeil est e et les malades se réveillent le lendemain. complè- afraîchis.

'aiblissement du système nerveux par suite des cachectiques et de la douleur. — Il s'agit surtout de s suppuratifs profonds. Dans tous ces cas le chirur- 'orcera de relever préalablement l'état des forces des Contre l'insomnie très fréquente dans ces cas il est t impossible de prescrire le chloral hydraté, à cause ıction toxique sur le cœur, déjà si malmené dans s affections chroniques provoquant chez les malades ement général. La morphine, il est vrai, soulage bien ır, mais en cas de douleur chronique, il y a danger ıinomanie. C'est encore le trional, à la dose de 1 à es, qui procurera à ces malades un sommeil tran- réconfortant.

t nerveux après l'opération. — Si l'insomnie n'est aux douleurs (auquel cas elle est justiciable de la), on la combattra efficacement par le trional. On trera après la disparition de la nausée dont les ma- plaignent assez souvent.

aines circonstances chirurgicales. — L'état nerveux mnie consécutive est très fréquent après opérations s sur l'appareil uro-génital de l'homme, l'uréthro- ar exemple. On le rencontre aussi après le traite- ratoire des hémorrhoïdes, après fractures chez les x, dans les affections osseuses, etc. Le trional est dans tous ces cas. S'il s'agit de laparotomies où il

est indiqué de laisser le plus longtemps possible l'estomac en repos, on prescrira alors le trional en lavements.

5° *Troubles concomitants du système nerveux.* — L'insomnie de cette nature se rencontre très souvent dans l'alcoolisme, l'hystérie, le tabac, les maladies mentales, l'abus des narcotiques (surtout la morphine), l'artériosclérose (céphalées), etc. Le trional se montre très efficace dans tous ces cas.

L'auteur résume comme suit les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Quelle qu'en soit la cause, l'insomnie complique considérablement toutes les affections chirurgicales et il est absolument urgent d'y remédier; le sommeil revenu améliore l'état général des malades, rend plus bénin le pronostic, plus sûre la guérison après l'opération.

2° La douleur est-elle la cause unique de l'insomnie, c'est exclusivement à la morphine qu'il faut avoir recours;

3° Mais dans la plupart des cas, l'insomnie survenant dans le cours des affections chirurgicales, peut être combattue efficacement par le trional. Il est d'autant plus préférable à tous les autres hypnotiques qu'il agit d'une manière sûre et rapidement, qu'il n'entrave en rien les sécrétions, qu'il semble être doué de propriétés stimulantes, que bien supporté par l'estomac, il est en outre bien absorbé par le rectum, et qu'enfin son administration ne provoque point de phénomènes secondaires fâcheux.

Remarques sur le traitement de l'hémorrhagie secondaire des artères des membres supérieurs (John E. Platt, *The Medical Chronicle*, nouvelle série, t. III, n° 2, mai 1895, p. 116-119). — Dans les deux premiers cas il s'agit, dans l'un, de la section de l'artère cubitale et, dans l'autre, d'une plaie de l'arcade palmaire superficielle, avec hémorrhagie secondaire. Les plaies étant restées aseptiques, il fut très aisé de maitriser cette hémorrhagie : après agrandissement de la plaie, on

ıassa des ligatures sur les vaisseaux sectionnés ou seulement ıonctionnés, et l'hémorrhagie ne survint plus.

Tout autre fut le troisième cas : plaie du pouce avec sup-ıuration consécutive d'un ganglion lymphatique siégeant vers a terminaison de l'artère brachiale. L'abcès fut ouvert, mais ılus tard il survint de l'hémorrhagie de la cavité de l'abcès. ı l'exploration de la cavité l'auteur s'est assuré, que le sang rovenait d'une petite branche de l'artère brachiale ouverte ar ulcération tout près du tronc principal de l'artère bra-hiale. La ligature de la petite branche étant impossible, il fit eux ligatures aux fils de soie au-dessus et au-dessous de abouchement de la branchiole dans le tronc principal. ıavage de la plaie et drainage. Mais treize jours plus tard, hémorrhagie se renouvela : le tronc de la brachiale fut coupé ar les fils de soie devenus septiques dans la plaie suppu-ante. Il aurait été tout à fait inutile de rouvrir la plaie et 'appliquer de nouveau des ligatures sur les mêmes points, es ligatures sur le tronc altéré pathologiquement ne pou-ant plus donner aucune sécurité et, en cas de circulation ollatérale suffisante pour prévenir la gangrène du membre, 'hémorrhagie n'aurait pas tardé à réapparaître. L'auteur se lécida alors à tenter l'opération suivante : élargir la plaie, ıuivre le vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé jus-ıu'à rencontrer des parois tout à fait saines, extirper la ıartie malade des vaisseaux, tordre les bouts de l'artère livisée, laver la plaie et la suturer. Le résultat fut excellent : guérison complète dans trois semaines. Le malade est aussi ort qu'avant l'accident. Deux vaisseaux collatéraux battent ırès du coude, l'un tout près du condyle externe et l'autre lans le voisinage du condyle interne, mais le pouls radial est ı peine perceptible.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une ponction de l'artère radiale du poignet, avec hémorrhagie secondaire très abon-dante. La plaie étant septique, l'auteur pratiqua la même opération que dans le cas précédent : extirpation de la partie

malade de l'artère radiale, longue de 2 pouces 3/4, torsion des bouts de l'artère divisée. Guérison complète avec conservation des usages du bras.

L'auteur recommande ce procédé de traiter l'hémorrhagie secondaire toutes les fois que la plaie est septique et que, par conséquent, les parois de l'artère sont trop faibles pour ne pas être coupées par les fils de ligature appliqués sur elles. La torsion des bouts de l'artère divisée est préférable à leur ligature en ce que, grâce à ce procédé, on ne laisse pas de corps étrangers dans la plaie suppurante.

Gynécologie et Obstétrique.

Traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, par le Dr Demelin. — L'auteur, dans un article paru dans le *Journal des praticiens* conseille dans l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta d'évacuer l'utérus et considère trois cas :

1er *cas*. — *La femme n'est pas en travail.* — Si l'hémorrhagie est légère, repos horizontal et injections vaginales à 45°. Surveillance active de la femme.

L'hémorrhagie est abondante : Si la femme est robuste et l'état général bon, anesthésie par l'éther, introduction de la main dans le vagin, ouvrir l'œuf en perforant les membranes. Méthode de Braxton-Hickssi c'est un pied et version podalique. Autrement, *dilatation artificielle rapide* à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, puis version podalique et délivrance artificielle.

Hémorrhagie très abondante, femme très anémiée, faire le tamponnement vaginal et attendre que l'état général et l'état local permette de vider l'utérus.

2e *cas*. — *La femme est en travail, le col incomplètement dilaté.* — Perforation des membranes ou du placenta, manœuvre de Braxton-Hicks ou ballon de Champetier de Ribes

suivant les cas. S'il se présente des difficultés, un mauvais état général, on attendra un moment plus favorable en revenant au tamponnement vaginal.

3e *cas.* — *La femme est en travail, la dilatation est complète.* Pas d'hésitation, ouvrir l'œuf. Faire la version ou appliquer le forceps. Le fœtus extrait on fera immédiatement la délivrance artificielle.

Des injections chaudes intra-utérines, puis immobilité complète dans le décubitus horizontal. La position inclinée de Tredelenburg pendant ou après l'accouchement rendra des services chez les femmes anémiées.

Sur l'efficacité des bains de mer en gynécologie (Bossi, *Gazetta degli ospedali*, 1895, n° 47). — L'auteur a eu l'occasion d'essayer les bains de mer dans 400 cas de diverses affections gynécologiques.

Sur 120 cas de paramétrite chronique et d'inflammation des annexes non traités chirurgicalement, mais soumis au traitement par l'ichthyol, l'iodure de potassium et les bains de mer, il y eut 83 guérisons ; dans les autres cas, il est survenu une amélioration ou les malades se trouvent encore en traitement.

43 guérisons et 61 améliorations sur 104 cas de métrite traités par le glycérolé d'ichthyol, l'iodure de potassium, la teinture d'iode et les bains de mer.

Sur 48 cas de position anormale de l'utérus traités par les toniques, les pessaires appropriés et les bains de mer, on nota 31 guérisons et 17 améliorations très accusées. Il s'agissait exclusivement de cas dans lesquels le pessaire seul n'a produit qu'une amélioration des symptômes, mais nullement la guérison.

90 cas d'endométrite (récidives après curettage) furent soumis au traitement par le chlorure de zinc, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre et les bains de mer : la guérison est survenue dans 35 cas, la grossesse ultérieure a eu lieu dans

29 cas et dans 26 cas on a obtenu des résultats excellents et l'état des malades s'est considérablement amélioré.

Amélioration notable dans tous les 38 cas de fibro-myxomes soumis au traitement simultané par l'électrolyse et les bains de mer : dans tous ces cas l'intervention chirurgicale n'était pas de mise.

Les bains de mer ne sont indiqués que contre l'inflammation chronique du tissu cellulaire du bassin et des annexes : au contraire, ils sont formellement contre-indiqués dans les formes aiguës de ces affections. Dans les formes chroniques de l'inflammation du tissu cellulaire du bassin et des annexes l'auteur prescrit les tampons vaginaux (10 0/0 d'ichthyol ou 10 0/0 d'iodure de potassium ou enfin 5 0/0 de teinture d'iode). En même temps, massage léger. On prendra soin de veiller à l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie. Les malades seront envoyées pour quelques mois dans une région montagneuse après qu'elles auront pris de 40 à 60 bains de mer : les bains ne seront permis qu'autant que la température extérieure sera assez élevée; le séjour dans l'eau sera graduellement augmenté.

Contre les métrites chroniques (infarctus utérin, subinvolution), outre l'emploi des caustiques légers, des antiseptiques, de l'iodure de potassium et des tampons ichthyolés, on aura recours avec succès aux bains de mer et aux scarifications du col utérin répétées tous les 10 jours. Il faut seulement suspendre les bains de mer le lendemain après chaque scarification.

S'agit-il d'endométrite chronique et de déplacement de l'utérus, il est nécessaire d'essayer de relever les forces des malades affaiblies. On prescrira donc, outre les méthodes chirurgicales et mécaniques, les bains de mer; ce traitement combiné se montre très efficace et il arrive assez fréquemment de voir survenir, à la suite de ce mode de traitement combiné, la grossesse chez des femmes restées stériles pendant une longue durée d'années.

En cas de fibromyxomes les bains de mer sont indiqués en ant qu'ils relèvent l'état général des malades, soulagent leurs ouffrances et provoquent un arrêt au moins momentané dans ı croissance de ces tumeurs. Dans les cas où les opérations e sont pas indiquées ou refusées par les malades, on asso iera aux bains de mer les médications directes, telles que électrolyse et l'administration de l'ergotine. En tout cas, les ésultats favorables obtenus dans cette affection par un trai- ment non opératoire, sont appelés à modérer un peu le zèle ératoire qui s'est emparé dans ces derniers temps des accou- ieurs. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 22, p. 563.)

Médecine générale.

Sur le traitement de la gravelle uratique. (Vaughan Har- y, *British medical Journal*, 23 mars 1895). — L'auteur tire l'attention sur ce fait que le traitement de la gravelle ratique diffère du tout au tout suivant que nous nous propo- ns d'augmenter la solubilité ou de diminuer la quantité acide urique formé dans l'organisme. En effet il ne faut mais perdre de vue que, dans la majorité des cas, les dépôts ratiques sont dus non à la production en excès de l'acide rique, mais bel et bien à sa moindre solubilité.

Avons-nous affaire à des cas de moindre solubilité de l'acide rique formé dans l'organisme, c'est aux substances dissol- ant l'acide urique que nous aurons alors recours. L'auteur 'est assuré que la pipérazine est très utile sous ce rapport : 'exerçant aucune influence sur la quantité d'acide urique roduit dans l'organisme, elle augmente notablement sa solu- bilité. On la prescrira toujours associée aux alcalis, soit sous orme d'eaux alcalines ou de bicarbonate combinés avec les odures. L'urine étant plus acide la nuit et le matin, par onséquent c'est à ces moments que l'acide urique a plus de hances de précipiter; on prescrira donc la pipérazine le soir prendre avant de se coucher. Le régime n'est pas de grande

importance dans ces cas : tout de même on fera bien de donner la préférence aux aliments salés et végétaux.

S'agit-il, au contraire, des cas avec production excessive de l'acide urique, c'est le régime hydro-carboné qui rendra des services signalés. Aussi prescrira-t-on de manger surtout des amylacés, du sucre et des végétaux, tandis que la viande et les poissons ne seront ingérés qu'en petite quantité. L'opinion invétérée d'après laquelle le sucre augmenterait la quantité d'acide urique formé, ne repose sur aucun fondement : des observations personnelles de l'auteur il résulte que même 250-500 grammes de sucre par jour n'influencent en rien la quantité d'acide urique. En revanche, on proscrira absolument l'alcool comme activant la formation de l'acide urique. La quinine et l'arsenic, diminuant le nombre des leucocytes, font par cela même baisser le taux de l'acide urique : aussi seront-ils employés utilement toutes les fois que l'on a affaire à un cas avec production en excès de l'acide urique. Les exercices musculaires modérés sont utiles, tandis que les exercices violents sont dangereux. Les alcalins ne sont pas complètement dépourvus de toute influence favorable sur ces cas, mais leur emploi, ainsi que celui de la pipérazine, n'est ici que de mince importance : en effet, leur seule action est de rendre plus soluble l'acide urique formé dans l'organisme. (*The Universal medical Journal*, IX, mai 1895, p. 152 et 153.)

Sur l'action thérapeutique et les indications de la phénacétine et de quelques autres préparations aromatiques. (J.J. M. Goss, *The Saint-Louis Courier of Medecine*, XII, N° 3, mars 1895, p. 90 et 91.) — La phénacétine se montre très efficace contre la névralgie du trijumeau qu'elle soulage presque instantanément. Elle combat aussi parfois avec succès les douleurs musculaires si fréquentes après la grippe. Impuissante dans la fièvre intermittente, la phénacétine et les autres préparations de goudron de houille sont très actives dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique. Tout de même dans la

fièvre typhoïde la phénacétine est supérieure à l'antifébrine et aux autres préparations de goudron de houille. On la prescrira avec l'élévation de la température et on la suspendra dès que la température s'abaisse. C'est sous ce rapport qu'un grand nombre de médecins pèchent par excès : en effet, continuée pendant trop longtemps la phénacétine (ainsi que cela arrive avec tous les autres sédatifs du cœur), affaiblit par trop l'énergie cardiaque. Il est tout à fait superflu de la prescrire dans les cas où la température ne monte pas à 38°, 38°,9 centigrade. Employée dans la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique avec d'autres antiseptiques appropriés, la phénacétine régularise l'énergie cardiaque, provoque (dans un grand nombre de cas) des sueurs profuses, abaisse la température, soulage la céphalée et améliore l'état général des malades.

Dans l'influenza ou le rhume ordinaire, la phénacétine, donnée plusieurs fois en se couchant à la dose de 0gr,30-0gr,40 dans un peu d'eau, après bain de pieds chaud préalable, produit un effet très favorable : le sommeil est profond et tranquille, le malade se réveille rafraîchi, les sensations morbides diminuent tous les jours et vers le sixième ou le huitième jour le malade est tout à fait guéri.

Dans quelques cas d'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, de petites doses de phénacétine (par exemple, 0gr,10-0gr,30) prises le soir en se couchant amèneront en peu de temps la cessation de cette infirmité si rebelle à tout traitement. Dans la miction trop fréquente par suite de l'hypertrophie prostatique, ou de l'irritabilité vésicale ou enfin de la cystite, la phénacétine peut rendre des services signalés. L'urine est-elle très acide, on prescrira la phénacétine à la dose de 0gr,60-0gr,90 bien dilués dans l'eau, à prendre le soir en se couchant, alternativement avec le carbonate de lithium. Grâce à ce traitement, on réussit à guérir en peu de temps des cystites ou l'irritabilité vésicale ayant persisté pendant des mois.

Dans le diabète sucré la phénacétine donnée à la dose de 0gr,60-0gr,90 répétée deux fois par jour, fait souvent diminuer

la polyurie; en même temps le poids spécifique de l'urine baisse.

La phénacétine est considérée comme la meilleure de toutes les préparations de goudron de houille, mais néammoins il faut prendre garde de ne pas trop en abuser. Elle contient une grande proportion d'acide phénique, ce qui explique son efficacité sur toutes les affections causées par les fermentations anormales de l'estomac et des intestins; c'est aussi la raison de son action prompte dans les cystites, le diabète sucré et toutes les autres affections causées par les fermentations acides. De plus, elle agit aussi directement sur les muqueuses en général.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Caféine dans les affections des voies respiratoires. (E. Markham Skerritt, *Practitioner*, 1895.) — La caféine est surtout connue comme stimulant du système nerveux, comme diurétique et toni-cardiaque. Quant à l'influence exercée par elle en cas d'affections des bronches et du poumon, elle est, d'une part, directe grâce au relâchement du spasme des muscles des voies respiratoires, et, d'autre part, indirecte grâce à la stimulation de l'énergie du cœur qui est obligé d'accomplir un travail supplémentaire toutes les fois qu'il y a obstruction dans la circulation pulmonaire.

C'est sur l'action antispasmodique de la caféine dans les affections des voies respiratoires que l'auteur attire l'attention : dans un grand nombre de cas, lui et ses amis ont obtenu des succès là où ils avaient auparavant échoué avec tous les médicaments usités ordinairement dans le traitement de ces affections.

C'est l'asthme spasmodique où la caféine est surtout indiquée. Il va sans dire que, avec la caféine, comme avec les autres médicaments prescrits contre l'asthme, il est tout à fait

npossible d'indiquer nettement tous les cas où cette drogue onnera des résultats favorables : mais, en règle générale, lle semble agir plus efficacement chez les adultes que chez s enfants.

L'auteur se sert ordinairement du citrate de caféine, à la ose moyenne, pour les adultes, de 0gr 30, à prendre en cachet u en solution aqueuse. L'attaque d'asthme bronchique a-t-elle ejà éclaté, on prescrira la caféine à la dose de 0gr 30, répétée utes les quatre heures jusqu'à cessation de l'accès; après ioi on l'administrera encore pendant quelque temps à des tervalles plus espacés, pour prévenir la récidive. Les accès rviennent-ils le matin, à des périodes assez régulières, suffit parfois, pour prévenir ces accès, de prescrire le ir, en se couchant, à prendre 0gr,30 à 0gr,60 de citrate de féine.

L'action antispasmodique de la caféine n'est pas limitée seunent à l'asthme bronchique, mais elle se manifeste aussi dans ıtes les autres affections bronchiques où le spasme des mussde Reisseissen joue un certain rôle. C'est ainsi, par exemple, e dans la bronchite aiguë les râles sont dus, d'une part, à difficulté que rencontre le passage de l'air à travers les onches contracturées spasmodiquement et, d'autre part, à la méfaction inflammatoire de la muqueuse. Aussi l'administion de la caféine relâchant les muscles contracturés spasodiquement, soulagera la dyspnée en tant qu'elle dépendait l'élément spasme, mais n'interférera en rien avec les gnes physiques et les symptômes morbides causés par la méfaction de la muqueuse et l'accumulation dans les bronıes des substances sécrétées anormalement. De même aussi n'est pas rare de rencontrer l'élément spasme dans la bronıite chronique et l'emphysème : c'est sur la constatation de fait qu'est basée l'indication de la caféine dans ces affecons et l'action favorable exercée par elle; par suite de la ssation du spasme des muscles bronchiques, l'air passe vec moins de gêne, la dyspnée est atténuée et les malades

se trouvent considérablement soulagés grâce à ce médica-ment.

Quant à son action indirecte sur les voies respiratoires pa l'intermédiaire du cœur, elle est, sous ce rapport, analogue à l digitale, quoique son action régulatrice sur le cœur affolé so moins énergique et moins sûre. Toutefois, grâce à son in fluence stimulante sur les centres cardiaques et la moel allongée, elle peut rendre des services signalés dans les affe tions aiguës du poumon où il est à craindre la faiblesse d cœur, ainsi que, par exemple, dans la pneumonie et la bronchi capillaire. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans pneumonie, mais on peut aussi s'en servir avec succès da les états atélectasiques et hypostatiques des poumons. Il sans dire que, grâce à son action combinée comme antispa modique et tonicardiaque, elle est doublement indiquée da certaines affections des voies respiratoires; son utilité e encore renforcée par son action stimulante sur le systèn nerveux central, le cerveau aussi bien que la bulbe et moelle épinière.

Quelques auteurs ont observé des phénomènes secondair fâcheux après l'administration des doses élevées et même m dérées de caféine. C'est ainsi que, après avoir prescrit caféine à la dose de 0gr,40, Lehmann a vu survenir l'accélér tion du pouls, de la pollakyurie très prononcée et l'excitation d l'activité mentale passant ensuite en confusion mentale, pro voquant des troubles de la vision et se terminant par u sommeil profond. Deux heures après avoir absorbé 0gr,12 d caféine, Pratt a ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété, de tremblements, et il lui était impossible de rester en place : tout était accompagné d'insomnie opiniâtre, avec activité psy chique normale, et de pollakyurie. Chez un homme ayant pri par mégarde, 4gr de citrate de caféine en une seule fois, Rout a noté les phénomènes secondaires fâcheux que voici : sensatio de brûlure à la gorge, vertige, nausée, faiblesse, engourdis sement, tremblements, polyurie, affaiblissement considérabl

e l'énergie cardiaque, refroidissement des extrémités et col-
ıpsus; pas de troubles du côté de l'activité psychique. Le
ıalade a complètement guéri.

L'auteur n'a personnellement observé aucun phénomène se-
ondaire fâcheux consécutif à l'administration du citrate de
ıféine, à part la sensation de faiblesse qui survient parfois
'une manière accidentelle : mais les malades décrivent cet
at comme assez agréable, ils possèdent toutes leurs facultés
ıychiques et ne ressentent aucun malaise. En règle géné-
le, les malades s'endorment bien, après avoir pris des doses
ı 0gr,30 à 0gr,60 de citrate de caféine. Rien de fâcheux non
us n'est survenu chez les sujets qui, parfois pendant des
nées entières, ont absorbé des doses élevées de caféine.
'ew-York medical Abstract, v. XV, N° 5, mai 1895, p. 157-
).)

Goutte et rhumatisme.

.e salophène dans le rhumatisme articulaire, la goutte turnine et la chorée. (Communication du docteur Marie à Société médicale des Hôpitaux, séance du 31 mai 1895.) —
Dr Marie a essayé le salophène (composé d'acide salicy-
ue et de pharamido-phénol d'origine allemande) chez un
mme atteint de rhumatisme articulaire aigu, qui ne pouvait
ɔporter le salicylate de soude.

Ce malade, atteint d'insuffisance aortique, anémie et d'angor
ɔtoris prévient M. Marie que le salicylate provoquait chez
des accès d'angine de poitrine très violents. M. Marie eut
rs recours au salophène et en trois jours le malade ne sou-
it plus de ses douleurs ni de ses lésions angineuses et
it guéri de son rhumatisme.

Même résultat thérapeutique chez deux autres malades
eints de rhumatisme articulaire subaigu.

M. Marie a administré le salophène chez un homme atteint
ır la seconde fois de goutte saturnine; le salicylate n'avait

rien fait dans la première crise, le salophène amena une guérison rapide.

Une jeune fille de 16 ans atteinte de chorée de sydenham franche très agitée, fut guérie en sept jours avec le salophène.

Ce médicament a été bien supporté par tous les malades, il est sans effet sur la muqueuse des voies urinaires ; il contient 51 0/0 d'acide salicylique; mais sa décomposition ne s'opère que dans l'intestin, en présence d'un milieu alcalin; et non dans l'estomac dont la muqueuse n'est pas attaquée par lui.

Il est insoluble dans l'eau, insipide; on peut donc le donner en suspension dans ce liquide aux doses de 4 à 6 grammes par jour, fractionnées en prises de $0^{gr},50$ à $0^{gr},75$.

Son action très manifeste dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu en fait un succédané précieux du salicylate de soude.

Administration de salicylate de soude dans le Rhumatisme articulaire aigu, D[r] Desplats de Lille. (*Journal des praticiens, juin 1895.*) — On discute sur l'opportunité des doses massives ou bien des doses fractionnées de ce remède contre cette forme de rhumatisme. On discute aussi sur son mode de véhiculation pharmaceutique.

Cliniquement, ces débats sont clos pour M. le D[r] Desplats (de Lille), qui a fait connaître les résultats de sa pratique.

Voici la *technique de cette médication :*

1° Dose massive : elles sont supérieures aux doses fractionnées. On les prescrit en cachets ou dans un sirop, et jamais, selon un usage trop répandu, sa dilution dans une copieuse potion ;

2° Moment de son administration : Le moment de son administration est le soir, on atténue ainsi beaucoup mieux les troubles importuns de la médication salicylée : bourdonnement d'oreilles, sueurs.

La dose est donc répétée toutes les vingt-quatre heures. On

fait ingérer en une fois ou bien en deux fois à une heure nterwalle. C'est un mode d'administration différent de celui i consiste à prescrire par petites prises des doses croissantes 8 à 12 grammes par jour jusqu'à obtention d'effets favòbles. M. Desplats en a pu, avec les petites doses massives, 4 à 6 et rarement 8 grammes, produire ces effets. D'où onomie sur la quantité du remède; simplicité du procédé rapidité aussi grande des résultats réalisés.

L'élimination des salicylates alcalins par les urines est ide. Une demi-heure après son ingestion, on en trouve la iction dans l'urine, et ces mêmes réactions disparaissent s les deux jours qui suivent la cessation du médicament. Voilà des faits physiologiques qui s'accordent avec cette e que l'effet thérapeutique du salicylate se produit seulent quand il existe dans le sang une dose suffisante de ce mède. Il faut donc, pour agir promptement, élever la dose ez haut, pour compenser l'élimination du remède qui est istante et amener momentanément dans le sang l'accumuon en rapport avec le résultat thérapeutique cherché.

La dose massive est donc préférable aux doses fractionnées. doit en favoriser la rapide absorption — autre point techue — en faisant ingérer sans retard, après l'ingestion de que dose, une tasse de boisson suffisamment abondante.

Maladies des enfants.

raitement des vulvites et des vulvo-vaginites infantiles.

Journal de clinique et de thérap. infantiles, mai 1895.) — *ophylaxie.* — Éloigner les enfants des femmes atteintes coulements vaginaux. Éviter les bains en commun. Indire l'accès de l'école à l'enfant atteinte de vulvite aiguë. sser à l'étuve ou à l'eau bouillante tous les objets containés.

Traitement général. A instituer quand la vulvite est liée au mphatisme ou à l'anémie.

Traitement local. Comby. Lotions trois fois par jour ave une décoction de feuilles de noyer suivies de pulvérisation d salol entre les lèvres. Appliquer ensuite un tampon d'ouat hydrophile maintenue par un bandage.

En même temps, trois bains sulfureux par semaine.

Brocq. Faire au moins trois fois par jour un lavage soig des parties malades, avec de l'ouate hydrophile salicylé trempée dans une solution antiseptique (sublimé au 1/100 acide phénique au 1/100e; acide borique au 1/10e; chlorate potasse au 1/100e), puis saupoudrer avec :

Salol finement pulvérisé.................	ãã p. e.
Iodoforme	

Mêlez.

Pour les lotions, on pourra avoir recours à l'une des f mules suivantes :

Alun.............................	30 grammes.
Eau..............................	1000 grammes.

Mêlez.

Sulfate de zinc..................	5 grammes.
Eau..............................	1000 grammes.

Mêlez.

Perchlorure de fer..............	5 grammes.
Eau..............................	1000 grammes.

Mêlez.

Iode.............................	5 grammes.
Tannin...........................	45 —
Eau..............................	1000 —

S'il existe de la vaginite en même temps, outre les inje tions avec la solution suivante :

Permanganate de potasse.......	1 gramme.
Eau distillée....................	1000 grammes.

faites dans le vagin, par l'orifice de l'hymen, appliquer d suppositoires :

Iodoforme...................	2 à	4 grammes.
Beurre de cacao...............		q. s.

'. S. A. Une bougie longue de 0,05 à 0,08 et de 1 centi-
tre d'épaisseur.

REVUE DES LIVRES

aité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de .LBERT ROBIN, de l'Académie de médecine. (Fascicule premier, .ume in-8° de 320 pages. Rueff et Cie, éditeurs. Prix : 6 francs.)

us ne saurions mieux faire que de reproduire la préface écrite M. Albert Robin, pour donner une idée du nouvel ouvrage :

.a thérapeutique subit, à l'heure actuelle, une transformation lète. La bactériologie et la chimie pathologique ont bouleversé ieux cadres dans lesquels on était habitué à se mouvoir, et sont ain d'édifier, à côté de leurs débris, toute une science nouvelle l'avenir est illimité, mais dont l'étendue présente ne répond pas s les besoins de la pratique médicale.

i nombreuses que soient les découvertes, si précises que soient vestigations, l'évolution de cette science nouvelle marche avec 'elative lenteur et les résultats définitifs se laissent encore ter. Pour chaque pas en avant, que de médicaments et de mé-ons apparaissent sur la scène, brillant d'un éclat passager, s'enlizent dans l'oubli !

u moins la voie à suivre est-elle maintenant éclairée d'un grand lumière. Le terrain est déblayé; on voit et on sait où l'on va. iérapeutique des symptômes a fait son temps; l'expectation ɜ n'est plus qu'une formule; l'empirisme nous réserve peut-être e des surprises, mais la pathogénie et l'étiologie demeurent les ɜ bases solides sur lesquelles on puisse fonder les indications aitement dans les maladies, comme la physiologie et l'expéri-ation sont les guides les plus sûrs pour connaître les actions gents médicamenteux.

Cette révolution n'est qu'à son aurore. Aujourd'hui, nous traver-un tournant de la thérapeutique où la route que doit suivre le

praticien est semée d'incertitudes, puisque la science de demai prépare et que les doctrines d'hier sont ébranlées ou s'écroulent

« Aussi les auteurs de ce Traité ont-ils pensé qu'il y avait in à faire un ouvrage essentiellement pratique, où l'expérience du p fût associée aux acquisitions qui ouvrent sur demain de si la horizons. En un mot, nous avons tenté de fixer l'état présent thérapeutique courante.

« Pour cela, il y avait deux méthodes à suivre :

« Ou bien il fallait rédiger un volumineux compendium, sou d'innombrables indications bibliographiques, où chaque trait proposé eût été exposé, discuté, avec ses résultats statistique avantages et ses inconvénients : c'eût été faire là une œuvre dition et de critique qui nous aurait entraînés bien loin de notr et se fut adressée aux savants bien plus qu'aux praticiens.

« Ce que ceux-ci demandent quand ils sont en présence d'u lade, ce ne sont ni des variations brillantes sur telle médicati des exposés théoriques, ni des aperçus tendancieux : c'est tou plement une exposition claire du mode de traitement qui donner les résultats les plus satisfaisants; en un mot, c'est une de conduite.

« La meilleure manière d'atteindre ce but, c'était de provoq véritables consultations de la part de médecins ayant sur le une compétence particulière, en les priant de donner, non p fastidieuse énumération des diverses médications en usage, ma un avis personnel résultant de leur expérience clinique. C'e que la place faite à la bibliographie sera aussi restreinte qu sible, que nous ne ferons de la théorie que d'une façon acce et que, si nous avons comme but la thérapeutique pathogéni étiologique, nous ne la mettrons en œuvre que dans les limi elle a conquis droit à l'application pratique.

« Nous avons voulu nous placer en dehors de toutes les do et de toutes les écoles, ce qui nuira peut-être à l'unité du Tr thérapeutipue appliquée. Mais une unité fondée sur des cons tions doctrinales est tout aussi virtuelle que celles-ci; elle sui oscillations et doit sombrer comme sombrent toutes les doctri ce que l'ouvrage perdra du côté de cette décevante unité, il gnera du côté de la précision, puisque chaque auteur expos qu'il a vu, fait et obtenu, au lieu de se livrer à des considér théoriques où la portée du fait s'efface devant l'éclat de la d à la mode. »

Le *traité de thérapeutique appliquée* sera complet en 14

ules. Le premier fascicule contient le traitement des maladies de la nutrition par MM. Arnozan, Brousse, Josias, Lancereaux, Martin, Mathieu, Renou, A. Robin et M. Springer.

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la 'aculté de Médecine de Paris, vice-président de l'Académie de Méecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, publiées par le Dr Félix Lejars, rofesseur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux e Paris. (Tome Ier, 1 fort volume in-8°, 20 francs. — Félix Alcan, liteur, Paris.)

L'œuvre de Léon Le Fort est considérable; son activité s'est exercée ins les sphères les plus diverses, et il appartenait à sa famille de unir la plupart de ses écrits et d'en publier l'ensemble; M. le Dr Lers, son élève et son gendre, s'est chargé de payer à sa mémoire tte dette sacrée.

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. : premier est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démogra-ie* et à *l'Hygiène publique;* il débute par l'Éloge de Le Fort, pro-ncé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (doctrine contagion-ste), inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les tra-ux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. : groupement chronologique permet de suivre l'évolution progres-ve de sa pensée et l'enchaînement de ses efforts. C'est d'abord sa *ote sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre s *Maternités,* paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve nise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, ui lui appartient; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Fer-ent* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, ifin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opéra-ire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la DÉMOGRAPHIE et à L'HYGIÈNE UBLIQUE. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de a population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux némoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux-Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il ré-

pétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de la *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et *l'Isolement des varioleux*, etc.

Des traits nombreux relient les matières de ce premier volume et lui assurent une réelle homogénéité. — Le second sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire* et *l'Enseignement*; le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite.* — Cet ouvrage deviendra ainsi « l'histoire complète de la vie intellectuelle de Léon Le Fort, l'expression intégrale de son activité; de cet ensemble, sa grande figure apparaîtra mieux, avec tous ses traits ».

Manuel de sérothérapie antidiphtérique, par le Dr M. Funck, chef des travaux d'hydrothérapie à l'Institut sérothérapique de Bruxelles, avec préface du professeur Destrée. (1 volume in-16 de 160 pages. Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Ce petit volume est un livre d'opportunité réelle et vient juste à son heure. Le lecteur y trouvera une étude rapide et très documentée de la sérothérapie, dans l'introduction. La première partie de l'ouvrage traite de la préparation du sérum et de son examen d'essai. Une deuxième partie est consacrée aux effets des injections de sérum chez les animaux; enfin, dans une troisième et dernière partie, l'auteur donne le mode d'emploi du sérum en thérapeutique. Le dernier chapitre fournit les résultats généraux des traitements pratiqués dans la première campagne entreprise depuis un an.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 161.8.95.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

§ I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'anatomie des Annamites est plus que rudimentaire; ı peut, sur le grossier schéma représenté exactement ıre 1, se rendre compte de leurs notions plus que vagues formes et des rapports.

L'esprit spéculatif et philosophique qui imprègne toutes sciences se retrouve ici. Les idées ne se modifient pas ant le fait brutal, c'est le fait brutal qui doit plier de-t la toute-puissance de l'idée *à priori* imprescriptible ıbsolue.

Les viscères les plus importants sont connus, mais sans de contrôle, sans aucune tendance à les étudier dans rs détails, sans inquiétude de leur structure ou de leur vrai. Ce n'est pas dans l'innombrable série de leurs lecins que l'on trouvera un Aristote hanté du besoin de oir, disséquant des singes et s'ingéniant à en tirer des ınées précises sur l'anatomie de l'homme.

Le foie, ce volumineux organe, frappe surtout l'imagina-ı et les yeux des Annamites. Ce viscère produit sur eux nême effet d'obsession que sur toutes les antiquités scien-ques. Ils lui donnent une importance prépondérante sur physiologie et la pathologie. Le foie est le centre vital ·même, le siège des vertus, un cerveau physique et

moral. Cette idée se retrouve en dehors même de la mé cine, dans certaines coutumes locales. Les Annam mangent le foie des ennemis tués, pour acquérir les ver et les qualités du mort, comme d'autres peuples mang le cœur dans un but analogue.

Ces actes de sauvagerie sont même bien plus fréque

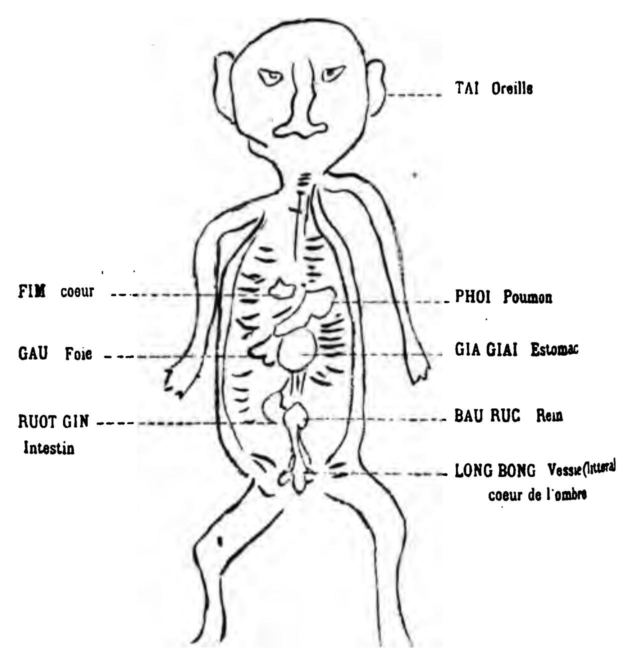


Fig. 1. — Anatomie des viscères d'après les Annamites.

qu'on ne le penserait *à priori* chez un peuple à moye intellectuelle élevée.

Les Annamites décrivent avec complaisance six intes qui sont : l'iliaque, l'estomac, le fiel, l'aine, la vessie e nombril. Etrange assemblage dont la raison leur est a impénétrable qu'à nous.

e corps humain contient 360 os, pas un de plus ni de ns ; c'est un chiffre non contrôlé légué par la tradition.

. l'encontre de cette description sommaire d'organes ortants, certains autres sont victimes d'une complica- anatomique qui doit bien les surprendre.

e pavillon de l'oreille, par exemple. Les Annamites ınt dans lé tragus et les ourlets de l'oreille des organes ẽrents. Ils y découvrent, avec une figure dont je re-

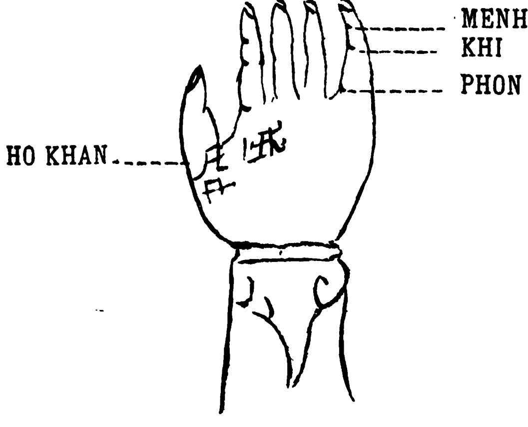


Fig. 2. — La main d'après les Annamites.

tte la perte, un cœur, un foie et un estomac; le tragus le foie.

ʻexplication de cette complexité, la voici dans toute sa ːaphysique enfantine.

Quand on apprend une triste nouvelle, l'on devient jaune, oie est malade (ictère émotif), et le foie est malade par ıpathie pour ce foie de l'oreille, qui a été péniblement ıressionné.

e cœur antitragus trouve une excuse semblable à son stence peu attendue.

La main est aussi figurée avec un certain luxe de détails. L'éminence Thénar, les plis de flexion des doigts portent des noms spéciaux. Nous retrouverons à l'étude du pouls l'utilité de ces plis.

Le pouls joue un grand rôle dans la médecine annamite, puisqu'il est le principal élément de diagnostic. Les notions sur son mécanisme sont cependant bien vagues.

Pour les Annamites comme pour notre antiquité, les artères contiennent de l'air, les veines seules renferment du sang. Le sang part de derrière le cou, puis il descend dans l'abdomen. Cette circulation, où le cœur ne joue aucun rôle (voir fig. 3), est indépendante de celle des membres.

Le sang de l'abdomen est différent de l'autre sang, il jouit d'un circuit fermé et de propriétés aussi fermées et particulières.

C'est un sang noble, échauffé par le foie il a les vertus de la liqueur séminale qu'il forme. La qualité, la température de ce sang privilégié auront une influence considérable sur les générations futures. Malheur à celui dont le sang est froid; si c'est une femme, elle sera stérile, à moins que la cannelle et une série amomacée ne lui redonnent un ton suffisant.

Si c'est un homme qui est frappé de ce grand malheur, il doit lui aussi renoncer aux joies de la paternité ou se soumettre à un traitement analogue.

Le cœur, lui, est le siège de la sagesse comme le foie. Le cœur varie avec les sexes et même avec les individus.

Pour les Chinois et les Annamites, le sage a sept orifices au cœur. « Les sept orifices du cœur du sage sont probablement, dit Réville dans son *Etude sur la religion chinoise*, une de ces énumérations le plus souvent arbitraires qui plaisent aux Chinois ; peut-être en rapport avec le chiffre classique des psychologues, les sept émotions ? »

Le contrôle ici a été tenté par un empereur cruel qui, r les instigations de sa concubine, fait tuer un sage con-iller, sous prétexte de voir si le nombre des orifices de n cœur concordait avec les affirmations classiques. Cette visection peu scientifique n'a pas fait progresser la ques-n.

Le nombre sept n'est pas le privilège du cœur exclusive-ent : la mamelle, source de la vie, est dotée de sept con-its. Tout médecin consciencieux doit s'assurer, après ccouchement, que ces conduits fonctionnent tous. L'en-t qui sucerait un lait sortant par six orifices seulement ait condamné aux pires malheurs.

La terre des nids de termites est heureusement là pour vier à cet inconvénient, car elle jouit de la propriété de re rentrer dans l'ordre les canaux récalcitrants.

Les diverses parties du corps humain sont réunies entre es par des affinités mystérieuses, des rapports étroits. Le deuxième orteil, par exemple, est en rapport avec la e. Dans le cas de bosse sanguine de la tête on place sous deuxième orteil un emplâtre préparé avec des boulettes lavande. Cette médication fait une révulsion, car le sang l'air de la tête communiquent avec l'air et le sang de tte région éloignée.

Dans notre ancienne médecine existaient des sympathies alogues.

Ce qu'il faut retenir de ce rapide aperçu, c'est que l'ana-nie et la physiologie expérimentales sont inconnues.

La science du corps humain est une dépendance, une ssale de la philosophie générale qui dirige toutes les tres branches des connaissances politiques et sociales.

Elle fait partie d'un tout dichotomique dont la métaphy-que séculaire est le tronc nourricier. L'anatomie n'est pas le science spéciale, elle est partie du grand bloc qui est iéritage respecté des siècles passés.

Arriérée, enfantine, l'anatomie annamite est condamn
à ne jamais progresser, car il serait sacrilège de modifi
quoi que ce soit des affirmations léguées par le passé. L
sept orifices du cœur sont un article de foi, et les tendan
du monde instruit sont assez conservatrices pour que j
mais un Copernic jaune n'ose mettre en doute ce nomb
respecté.

Les conciles se sont émus de l'audace de celui qui o



Fig. 3. — Circulation abdominale, d'après les Annamites.

dire que la terre tourne ; tout l'édifice vermoulu, qui es
science annamite, semblerait sapé par un sacrilège abo
nable qui donnerait au corps 361 os au lieu de 360.

L'étude de la médecine annamite est aussi pleine d'i
rêt que celle de la religion ou des industries. Autant
ces dernières elle permet de remonter à la source même

sprit de ce peuple étrange, d'en pénétrer les tendances, saisir le pourquoi de cet éternel moyen âge où s'est :été l'Extrême-Orient après y être arrivé si vite.

Nous étudierons maintenant la chirurgie; comme il est ile de le penser, cette branche des connaissances est limentaire; basée sur le fait précis elle est contraire aux dances mêmes du cerveau annamite.

§ II

CHIRURGIE

'andis que de bonne heure les Egyptiens opèrent et in- iennent et, d'après les recherches récentes sur des nies, avec souvent une grande audace; tandis que les bes pratiquent des opérations délicates comme la taille, nnamite demeure dans le domaine restreint de la théra- tique timide.

'intervention radicale, l'amputation, par exemple, est re morte, l'idée n'en vient même pas à l'esprit.

'out au plus, en dehors de la médecine officielle, quel- s rebouteurs font-ils la réduction brutale des luxations. a pratique de ces charlatans, violente et contraire aux s simple bon sens, donne les plus déplorables résultats. e nombre des opérations de petite chirurgie est aussi limité.

Nous trouvons cependant les pointes de feu, fort em- yées.

es pointes de feu sont faites au moyen de mèches de elle de jonc trempées dans l'huile, ces mèches sont allu- es et éteintes sur la région à révulser. L'opération se une petite brûlure ronde et régulière de la peau, on ltiplie à volonté ces cautérisations. Les pointes de feu nt indiquées dans le goître, la tumeur est régulièrement

cernée et ponctuée, dans les bronchites, dans la migraine, etc.

L'usage en est courant, et l'on voit dans les rues des vil lages indigènes de nombreux porteurs de ces cautérisa tions.

La ventouse est fort en honneur. La ventouse sèche e seule employée, l'opération présente une technique sp ciale. La ventouse se fait sans appareil. Les nègres (Dahomey font des ventouses, avec une corne d'antilo percée d'un trou à son sommet : l'appel du sang est pratiq par succion ; ici rien de semblable.

La peau saine est saisie, pincée en un pli entre l'index le médius fléchis et mouillés. Ce pli est alors malaxé et t jusqu'à ce qu'une ecchymose circonscrite, indique la réu site de l'opération. Cette méthode est douloureuse et lo gue, mais les résultats sont réels et bien accusés. (ventouses sont multipliées dans les contusions, dans inflammations du poumon ; les indications sont les mêm que chez nous.

Cette pratique est très populaire, il est très fréquent rencontrer, le long des routes, des porteurs indigènes faisant ainsi ventouser par un camarade habile.

A côté de la ventouse, il faut placer le massage. Le m sage est plutôt usité comme moyen hygiénique, que da un but thérapeutique.

Les mandarins, les indigènes fortunés se font mas après une journée de fatigue et de marche, pour repo leurs muscles endoloris.

Le massage annamite est surtout un pétrissage, il se f par pincement, tout le long d'un muscle d'une extrémité l'autre, sans direction déterminée en rapport avec le se de la circulation veineuse.

Le massage doux, régulier de l'extrémité à la racine d'i membre n'est presque jamais usité.

Je ne sache pas que le massage soit appliqué au traite-ent des fractures.

Nous devons encore citer la respiration artificielle qui ɔut rentrer dans le cadre des pratiques chirurgicales.

La respiration artificielle se pratique chez les noyés et s pendus, de la manière suivante :

Le patient est couché sur le dos, par terre, l'opérateur ısseoit en face de lui, place ses deux pieds nus dans l'ais-lle, et prenant les deux mains du noyé dans les siennes, ıt des poussées, et des tractions alternatives.

Il reproduit par cet étrange moyen les mouvements d'élé-tion et d'abaissement de la cage thoracique.

On accompagne cette pratique d'insufflations d'air dans bouche et l'anus par un bambou.

Là s'arrêtent les pratiques actives ; le couteau est totale-nt inconnu, même pour l'ouverture de l'abcès le plus ıerficiel.

Les onguents, les potions destinés à combattre les affec-ıs chirurgicales, sont au contraire multitude.

Les affections externes sont l'objet d'une classification, ıne différenciation extraordinaire.

Prenons par exemple les morsures. Les Annamites dis-guent avec soin l'animal qui a causé l'accident, et le trai-nent varie entièrement selon cette origine. La morsure cheval n'est pas soignée comme celle du tigre, celle-ci st d'une manière différente de celle d'un chien.

Les jaunes ont un mode de suicide qui consiste à se uper la langue ; selon qu'ils la tranchent avec un couteau ı avec les dents le traitement est différent.

Les pansements peuvent se ranger en catégories bien stinctes.

Les uns rappellent tout à fait les vieux pansements de ute l'antiquité aryenne, ceux que nous retrouvons au oyen âge, les pansements que les chirurgiens du premier

empire utilisaient avec succès, et que nous avons repris scientifiquement après l'ère des cataplasmes, ceux que nous appelons antiseptiques.

Toute l'antiquité est antiseptique d'instinct. Les baumes, les résines, les essences et les aromates sont la base des merveilleux pansements que les belles châtelaines posent de leurs blanches mains sur les blessures béantes des chevaliers meurtris et déconfits de l'héroïque moyen âge.

Les Mires tenaient eux-mêmes ces préparations complexes d'antiquités plus reculées; de l'Egypte à travers les Grecs et les Arabes.

Le pansement exclusif et antiseptique, nous le retrouvons sous la forme suivante :

Résine de sapin, cendres des baguettes de sacrifice, qui sont des essences aromatiques comme le santal, alun et camphre, le tout mélangé.

En parlant de la syphilis nous verrons l'emploi des emplâtres aux sels de mercure, l'onguent mercuriel, et le vigo.

De nombreuses résines, des bois aromatiques, le camphre, le musc, font partie de cette pharmacopée chirurgicale.

Mais hélas, à côté de ce traitement rationnel des plaies, que de non-sens, que d'aberrations.

Les matières fécales desséchées sont aussi utilisées que les résines, et avec la même confiance. Un pansement très réputé est fait avec les déjections séchées de l'homme, du chien et du cochon. Quand on peut y joindre celles du tigre, c'est la perfection.

Le noir de fumée et la chaux éteinte servent, avec l'eau fraîche des puits, à arrêter les hémorrhagies. Souvent on remplace ces produits par la bourre d'une fougère, qui joue le rôle de notre agaric amadouvier.

Les cautérisations sont parfois usitées dans certaines plaies.

Dans les morsures de chien enragé, on met sur la plaie es feuilles sèches de teck, que l'on brûle, cautérisant insi profondément les tissus.

L'urine, qui jouit chez nous dans le peuple d'une grande éputation comme topique des plaies et qui entre dans la omposition de divers onguents et pommades de bonnes emmes, est aussi utilisée par les Annamites pour le lavage e certaines plaies.

A côté de ces topiques locaux, la médecine a, pour chaque raumatisme, une tisane, une potion spéciale. Dans le cas e morsure par les chiens enragés, on prescrit des pilules vec : cinabre, musc, kaolin et une poudre voisine de la antharide. Ces pilules doivent faire éliminer par les uri-es, le poison introduit par la plaie.

Cette tendance à user des diurétiques se retrouve chaque ois qu'il s'agit de plaies contuses, et le médicament usité st l'urine.

L'urine jouit, dans la thérapeutique annamite, de la répu-ation de chasser le mauvais sang, de dissiper les humeurs. L'urine est prescrite aux écrasés. aux contus, comme aussi aux femmes après les couches. L'urine d'enfant est la meil-eure à cause de l'absence de rapports sexuels, celle de petite fille est préférable à celle des garçons. La quantité l'urine absorbée est parfois d'un demi-litre par jour.

Cette action de l'urine n'est peut-être pas purement ima-ginaire : tout dernièrement un médecin russe ne communi-quait-il pas aux sociétés savantes le résultat de ses recher-ches sur l'action diurétique de l'urine de vache.

D'autres potions que l'on donne aux blessés épuisés par des hémorrhagies, rappellent nos potions cordiales. Ce sont des potions où entrent le gingembre, l'anis, la cannelle dans l'alcool de riz.

Citons enfin une autre médication qui s'adresse aux frac-

tures. Les fractures ne sont l'objet d'aucune manœuvre de redressement, le seul traitement est une tisane, faite d'os de morts râpés dans du thé. C'est là un curieux exemple de la médecine des signatures, nous le retrouverons ailleurs.

C'est avec la chirurgie qu'il convient d'étudier le traitement des maladies des yeux.

Les topiques employés se rapprochent des nôtres.

La conjonctivite purulente, par exemple, est traitée par une poudre qui comprend fleurs de camomille, sulfate de cuivre, camphre, et le corps d'un méloé pulvérisé finement, souvent on y joint du musc.

Le sulfate de cuivre et les antiseptiques nous transportent chez nous ; quant au méloé, qui possède en partie les propriétés de la cantharide, peut-être a-t-il une action comparable au jéquirity.

Dans toutes les affections oculaires le seul pinceau usité est la langue.

Cet étrange porte-topique est également parfois usité dans notre médecine populaire, en Bretagne par exemple, où la langue servirait à l'extraction de corps étrangers.

Cette étrange méthode est certainement moins dangereuse en Annam qu'en France car, grâce au bétel, et au laquage des dents, la bouche des indigènes est infiniment moins riche que celle des Européens, en colonies microbiennes. Il convient, en terminant ce qui a trait à la petite chirurgie, d'ajouter l'acupuncture qui est indiquée dans les œdèmes; de curieuses lois règlementent cette intervention; nous y reviendrons dans une étude spéciale « La médecine et les lois ».

(A suivre.)



Un traitement chinois de la diphtérie.

Par le Dr J. MATIGNON,

Médecin aide-major de l'armée,
Attaché à la Légation de la République Française en Chine.

Au moment où le traitement du croup est entré dans une hase nouvelle, grâce au sérum de Roux, il pourra être ntéressant de connaître la manière dont les médecins du éleste Empire soignent cette maladie.

La diphtérie est endémique à Péking et de temps à autre le y fait de terribles ravages. En général, dès que l'enfant ommence à souffrir de la gorge, les parents pratiquent ıx-mêmes la révulsion, *loco dolenti*, à la mode chinoise, on par l'application de substances irritantes ou vésicantes ises sur la peau du cou, mais en prenant cette dernière ntre le pouce et l'index, la pressant et la tordant avec nergie pour provoquer la formation d'ecchymoses. C'est n moyen auquel ont toujours recours les Chinois dès u'ils souffrent un tant soit peu de la gorge. Et il ne se asse guère de jours, que je ne voie venir, au dispensaire e l'hôpital Saint-Vincent, des individus, portant sur la égion cervicale antérieure des taches ecchymotiques plus u moins étendues, qui pourraient, au premier abord, faire ıpposer qu'ils ont été victimes de tentatives de strangula-on.

Le traitement de la diphtérie par la méthode chinoise a té longuement étudié par un médecin hollandais, le r Vorderman, inspecteur du service médical de Java et Iaduré. Sa parfaite connaissance du chinois lui a permis e transformer les formules chinoises en formules latines t de mettre les équivalences de poids en grammes.

Ce traitement comprend trois parties :

1° Insufflation de poudres dans la gorge ;

2° Traitement interne pendant l'évolution du mal, puis quand la maladie est enrayée, nouvelle thérapeutique ;

3° Réglementation du régime.

Nous allons donner plusieurs formules de ces poudres. Les divers ingrédients forment une longue liste, appartenant aux trois règnes, minéral, végétal et animal. Le règne animal joue encore un très grand rôle dans la pharmacopée chinoise et les cornes de cerf et de rhinocéros sont douées de nombreuses propriétés thérapeutiques. Elles ne figurent pourtant pas dans les poudres à insufflation.

Voici six de ces formules :

N° 1

	gr.
Perles pulvérisées	15 41
Calculs biliaires du bœuf pulvérisés	3 86
Racines de coptis pulvérisé	15 41
Sédiments urinaires	11 58
Charbon de pruneaux	7 72
Ecume d'indigo	7 72
Camphre raffiné	7 72
Racines de réglisse pulvérisées	3 86
Borax	3 86
Cinnabre	11 58
Acétate de cuivre	1 93

N° 2

	gr.
Perles pulvérisées	15 41
Sédiments urinaires	11 58
Calculs biliaires de bœuf	3 86
Racines de coptis pulvérisées	11 58

	gr.
ıe d'indigo........................	3 86
ɔhre raffiné.......	3 86
.sse pulvérisée....................	3 86
ıbre...............................	7 72

N° 3

	gr.
ɔs pulvérisées.....................	15 44
nents urinaires....................	11 58
ıls biliaires de bœuf..............	7 72
d'ours carbonisée..................	15 44
ıe de coptis pulvérisée............	15 44
bon de pruneaux....................	38 60
əs d'uvularia pulvérisées......	11 58
ɔhre raffiné.......................	7 72
rétions de bambous pulvérisés	11 58
ıe de réglisse pulvérisée..........	7 72
re pulvérisé.......................	11 58
x..................................	1 93
te de chaux...........	7 72
ıbre...............................	15 44

N° 4

	gr.
ɔs pulvérisées.....................	19 30
nents urinaires..	19 30
ıls biliaires de bœuf..............	19 30
· oriental pulvérisé...............	7 72
phre...............................	7 72
ɔme de coptis pulvérisé............	19 30
ne d'indigo....	19 30
ne de réglisse..	11 58
x..................................	19 30

N° 5

	gr.
Perles pulvérisées	7 72
Calculs biliaires du singe	7 72
Racines de Cayan pulvérisées	19 30
Ecorce de pterocarpe pulvérisée	7 72
Bulbes d'uvularia pulvérisées	7 72
Feuilles de menthe pulvérisées	11 58
Rhizome de coptis pulvérisé	11 58
Extrait de bois d'acacia pulvérisé	11 58
Camphre raffiné	1 93
Racine de réglisse pulvérisée	1 93
Sulfate de soude	19 30
Borax	15 44

N° 6

	gr.
Perles pulvérisées	9 65
Bile d'ours desséchée	5 79
Calculs biliaires de bœuf	5 79
Sédiments urinaires	19 30
Racine de coptis pulvérisée	3 86
Racine de cajan pulvérisée	7 72
Extrait de bois d'acacia	13 51
Suie ordinaire	19 30
Ecume d'indigo	9 65
Camphre brut	7 72
Réglisse pulvérisée	3 86
Camphre raffiné	5 79
Ambre	3 86
Or en feuilles	lég. quant.
Borax	9 86

Ces formules, aussi riches par la variété et le nombr des ingrédients, que bizarres par la nature de quelques

de ces derniers, ont entre elles beaucoup de ressemıce et nous voyons les perles, les sédiments urinaires, calculs biliaires, le camphre, les racines de coptis ou 'églisse figurer dans chacune d'elles ; le borax se rentre dans cinq, le cinnabre dans trois. Quant aux autres luits ils sont employés d'une façon beaucoup plus instante.

es poudres sont insufflées dans la gorge, d'une façon ılière, toutes les deux heures, durant les premiers jours ı toutes les trois heures seulement dès qu'une amélioon commence à se monter. L'insufflation se fait, soit au ven d'un petit tube de papier, soit d'un insufflateur méque, employé de préférence pour les enfants rébarba- Cet appareil se compose d'un assez long tube en cuià l'extrémité duquel est placée la poudre. La poire en utchouc est, ici, remplacée par une petite ampoule de vre dont les parois minces se laissent facilement déner et reviennent sur elles-mêmes avec bruit.

n même temps que les poudres sont insufflées dans la ge, un traitement interne est prescrit. Il varie suivant la maladie est encore en évolution ou que l'amélioraı se produit.

Dans le premier cas, alors qu'il y a encore de la fièvre que les fausses membranes se développent, on prescrit lécoction suivante :

	gr.
Bulbes d'arum pentaphyllum bouillies dans de la bile	57 9
Rhizome de coptis	38 7
Racine de scutellaire	38 6
Racine de rehmania	77 2
— de platycodon grandiflorum	57 9

	gr.
Rhyzome d'alpinia	57 9
Fleur de chèvrefeuille	77 2
Bulbes d'uvularia	38 6
Ecorce de ptérocarpe	58 6
Racine de cayan	77 2
Capsules de forsylhia suspensa	57 9
Racine de réglisse bouillie dans le miel	38 6
Tubercules de pachyrhizus trilobus	57 9

La décoction est faite à domicile. On verse tous les ingrédients dans un demi-litre d'eau et par ébullition on amène le volume à 1/5 de litre. On laisse refroidir. Les grandes personnes absorbent la décoction en trois fois; les enfants la prennent par cuillerée.

Quand la fièvre est tombée, outre les insufflations, le malade prend la potion suivante :

	gr.
Fleurs de rehmania actinensis	77 2
Pousses de bambou	57 9
Fleurs de pyréther	57 9
Racines de platycodon	57 9
Racines de cayan	77 2
Racines de « *tôa ting hông* » (1)	77 2

Le tout est mis à infuser dans une théière. L'infusion est absorbée par petites tasses. Mais il faut avoir soin, comme pour la première, du reste, de bien se gargariser avec le liquide avant de l'avaler.

La troisième partie du traitement est le régime. Le patient garde la chambre, dont on renouvelle l'air de temps à autre. Il doit se garantir des courants d'air. Les boissons

(1) Probablement l'*Anandria bellidiastrum* de de Candolle.

oides, les aliments gras, les mets sucrés, les fruits sont éfendus.

Dans la première période de la maladie, on peut manger u riz, des œufs et du poisson sec. Avec l'amélioration des ymptômes, on ajoute le poulet bouilli, dont on enlève le ras, le poulet rôti; la quantité des œufs peut être portée 7. Comme boisson, de l'eau tiède.

Ce traitement donnerait, paraît-il, de bons résultats. es poudres à insufflations contiennent toutes un certain ombre de substances dont le pouvoir antiseptique est ien connu : camphre, borax. Et c'est probablement à ces roduits qu'on doit attribuer l'effet thérapeutique de ces oudres, car nous ne comprenons pas trop quel peut être rôle que doivent jouer la bile de singe ou d'ours carbonisée, poudre de racine de réglisse, ou l'extrait de bois d'aca-ia pulvérisé. Cependant le docteur Vorderman prétend voir, à Batavia, employé plusieurs fois ce procédé, et avec uccès, et s'en déclare un partisan convaincu.

Nous voulons, avant de terminer, dire quelques mots d'un ertain nombre des produits qui entrent dans la composition le ces poudres.

Les *Perles* jouent un très grand rôle dans cette thérapeu-ique. Les Chinois les regardent comme un des meilleurs spécifiques des affections de la gorge. Leur prix en est assez élevé et c'est un remède de luxe et de gens riches. Ces perles sont importées surtout de l'Inde et, en général, ce sont de toutes petites qui sont pulvérisées pour la fabrication des poudres antidiphtéritiques. Parfois cependant, dans les cas graves, de grosses perles sont prescrites, car leur effet thérapeutique est, paraît-il, en raison de leur volume.

Les *calculs biliaires* sont également très employés et nous les voyons figurer dans toutes les formules de poudre. Ceux qui sont les plus réputés sont ceux des grands singes, orang-

outang ou gorille; mais ils sont très coûteux. Ces conc tions sont cylindriques, réniformes ou globulaires; surface en est très régulière; la couleur est vert grisât La fraude en matière pharmaceutique est aussi connue, Chine, que sur notre continent, et les droguistes vend souvent des contrefaçons. Pour les reconnaître, outre stratifications qu'elles doivent présenter sur une cou les Chinois ont recours au procédé suivant : un fragm du calcul suspect est frotté sur un morceau de ch humide. Si cette dernière prend une teinte jaune, on a l affaire à un calcul authentique.

Les *calculs biliaires du bœuf* sont les plus couramn employés. Ce sont des concrétions fragiles, se cassant l lement, sphériques ou oviformes, polies, de couleur b foncé. La coupe montre des traces concentriques de c leur rouille et ocre. Ces calculs, bien que plus facile trouver que les précédents sont également falsifiés, prét Williams (1), avec de l'argile mêlée à de la bile. On rec naît les imitations à ce qu'elles fondent dans l'eau et les calculs authentiques frottés sur un morceau de cr laissent une trace jaune, et qu'ils colorent en jaune ve chaux vive mise à leur contact.

Le foie joue un rôle important dans la thérapeuti chinoise, car, outre les calculs, nous trouvons encore la *d'ours*. Elle serait surtout fournie par l'*Ursus Thibetan* mais toutes les variétés d'ours, voire même d'autres maux, l'orang-outang entre autres, sont utilisées à cet e On arrache la vésicule biliaire avec le cholédoque qui noué sur lui-même. La vésicule et son contenu sont ens desséchés peu à peu. La bile reste à l'intérieur à l' pâteux. Une quantité assez minime seulement entre d

(1) Williams. *The Midle Kingdom*.

les poudres. Mais elle doit pour cela être carbonisée et ce n'est qu'alors qu'elle est mêlée aux autres poudres. Cette bile épaissie figure, à l'état fluide, dans un certain nombre de prescriptions médicales.

Le *musc* est assez répandu en Chine et on le trouve surtout dans les provinces du Kan-Si, du Yunnan, du Hô-Nay et dans le Thibet. Mais, son prix étant fort élevé, on le falsifie, soit en le mélangeant à des caillots du sang de l'animal producteur, soit en le pétrissant avec de la terre noire et grasse, en vue d'en augmenter le poids spécifique. Il est employé surtout comme désodorant.

Dans cinq des formules que nous avons relatées, figurent les *sédiments urinaires*. On les obtient de plusieurs manières. On peut traiter les urines d'enfants par le plâtre ou le sel marin, pour déterminer la formation de cristaux. Ce procédé est rarement employé et on a recours au suivant qui est plus simple : on gratte les dépôts qui se font sur les parois des jarres qui, dans certaines villes, servent de pissoirs, on recueille les concrétions qui se font dans les vases de nuit, etc. Ces dépôts sont lavés à plusieurs eaux et il ne reste plus, à la fin, qu'une poudre gris cendré, qui se prend en masses et qui rappelle un peu l'aspect de la pierre ponce. Avant d'englober ces dépôts dans une poudre à insuffler, la quantité, soigneusement pesée, est calcinée et finement pulvérisée ensuite.

Le *réglisse* est très employé dans la thérapeutique des Chinois. Mais ils ne savent pas extraire totalement le suc du bois, comme on le fait en Europe. Par coction et évaporation, ils obtiennent une sorte de mélasse épaisse, laquelle est très employée dans la fabrication des pilules. Pour les poudres anti-diphtéritiques, cette mélasse doit être carbonisée.

Le *camphre* non raffiné est très répandu dans la phar-

macopée céleste. On le trouve soit pulvérisé, soit en blocs qui ressemblent assez à des boules de neige mêlées de terre. Il peut être prescrit à l'intérieur. Ce camphre brut est préféré au camphre raffiné, que les Chinois considèrent comme contenant des poisons.

Le *charbon végétal de pruneaux*, qui figure dans les formules, est surtout employé comme poudre dentifrice mélangé à une légère proportion de camphre. Il est fourni par une prune spéciale à la Chine et qui rappelle beaucoup la prune d'Ente. Pour préparer ce charbon, on retire le noyau de pruneaux desséchés et ces derniers sont carbonisés dans un creuset et ensuite finement pulvérisés.

Nous ne mentionnerons le *sulfate de soude cristallisé* que pour faire connaître la méthode employée par les Chinois pour l'obtenir, méthode qui, en arrivant aux mêmes résultats que celle de Glauber, en diffère singulièrement par la manière de faire. Le sulfate de soude se trouve en quantité dans le Sze-Chuen et le Shan-Tung, mêlé au salpêtre. Ce sel est d'abord dissous dans l'eau, puis cette dernière, par évaporation, donne une première cristallisation. Ce sel va maintenant être raffiné. Il est de nouveau dissous et exposé dans un tonneau, une nuit à la lumière de la lune. Le jour suivant on ajoute à la solution des navets et on l'expose une deuxième fois à l'action des rayons lunaires. On ajoute ensuite des racines de réglisse, le tonneau est alors soigneusement bouché à l'argile et laissé quelques jours au repos. Le liquide est ensuite filtré, exposé à l'air, et le sulfate de soude raffiné est ainsi obtenu.

L'*acétate de cuivre* n'entre que pour une minime proportion dans la fabrication des poudres. Il est obtenu par oxydation directe de limaille de cuivre métallique par le vinaigre. Il forme une poudre à grains bleu gris, reconnaissables à leur odeur acétique. Il est encore utilisé

érapeutique chinoise dans les affections hépatiques, ɔux, les ulcères syphilitiques et les morsures de ser-

---

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(**Hôpital Necker.**)

PROFESSEUR LE DENTU

ıitement chirurgical du tic douloureux de la face.

professeur Le Dentu, dans une clinique parue dans la *ine médicale* du 3 juillet 1895, à propos d'une malade n service atteinte de tic douloureux de la face, étudie sopalgie et indique le traitement chirurgical de la .ie de Fothergill.

différents modes de traitement chirurgical sont les ıts : élongation, névrotomie, névrectomie et extirpa- anglionnaire.

ongation peut porter sur les différentes branches ıses de la cinquième paire; elle donne quelquefois ›llents résultats.

sdale a fait avec succès l'élongation du nerf facial. .gation des branches du trijumeau se fait moins au- hui de crainte de produire des lésions encéphaliques. professeur Le Dentu a pratiqué chez une femme ȝation du nerf lingual et a ainsi fait disparaître pen- rois mois les douleurs irradiées dans les branches ıses autres que le nerf lingual ; la douleur linguale a ètement disparu.

névrotomie détermine une amélioration passagère, de récidives pour lesquelles Letiévant a conseillé la

polynévrotomie. Cette opération a rarement suffi à calmer les névralgies rebelles.

La *névrectomie* et *l'extirpation ganglionnaire* sont actuellement les procédés de choix.

La névrectomie ou résection nerveuse a pour but d'enlever un tronçon plus ou moins long du nerf malade. Cette opération ne peut donner de résultat que si elle porte sur la portion saine du nerf entre l'encéphale et la partie lésée du tronc nerveux, comme dans le cas de névralgie ou de névrite périphérique peu étendue.

Les extirpations ganglionnaires sont très difficiles et très souvent aveugles; le professeur Le Dentu restreint la question à la thérapeutique chirurgicale des états douloureux du nerf dentaire inférieur.

La première opération a consisté dans la section des filets nerveux émergeant du tronc mentonnier. Cette section amena une amélioration momentanée, mais resta insuffisante pour guérir le malade. On alla donc plus loin, on pratiqua la section du nerf dentaire dans le canal dentaire après trépanation du maxillaire inférieur. Il y eut des succès et des insuccès. Velpeau faisait la trépanation de la branche montante du maxillaire, puis la résection du nerf dentaire au niveau du canal dentaire; le segment réséqué était long de 1 centimètre environ.

Kühn pratiquait une incision longitudinale le long du bord postérieur du maxillaire, puis désinsérait le muscle ptérygoïdien interne pour pouvoir aborder le nerf dentaire. Le procédé de Velpeau ne donne pas assez de jour au chirurgien et oblige souvent de faire une simple section nerveuse; le procédé de Kühn est trop compliqué. D'autres chirurgiens ont tenté d'aborder le nerf dentaire par la voie buccale au moyen du procédé suivant : incision de la muqueuse le long du bord postérieur du maxillaire, décollement de cette muqueuse jusqu'au niveau de l'épine de Spix,

ıise à nu du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual.
ulicz, pour découvrir le nerf dentaire, a pratiqué une
ı de toute la joue depuis la commissure labiale.
ɜenbauer a eu recours à la résection temporaire de
ıyse zygomatique; on peut aussi atteindre le nerf à
ie du crâne.
ıochan a recommandé la trépanation du sinus maxil-
pour arriver sur le ganglion sphénopalatin qu'on
e.
ɪrocédé de Horsley consiste à augmenter l'échancrure
de à l'aide du ciseau et du maillet; par cette échan-
ɔn peut atteindre le nerf dentaire inférieur, le suivre
ı la base du crâne et le réséquer le plus haut pos-
Horsley recommande pour l'incision cutanée une
ncision. Par une incision verticale le long du bord
eur du maxillaire et par deux incisions horizontales
ant la première l'une au-dessus de l'arcade zygoma-
l'autre au niveau du bord de la mâchoire et un peu
ɜus, on trace un lambeau en forme de volet que l'on
ıe d'arrière en avant. Ce lambeau doit comprendre
ent la peau et un peu de graisse; on refoule ensuite
bas la graisse qui reste adhérente aux parties pro-
et qui contient les filets supérieurs du facial; on
ɜ de la même façon le canal de Sténon, puis on sec-
tranversalement le masseter au-dessous de l'apo-
zygomatique. Il ne faut pas trop se rapprocher ni
ɔphyse coronoïde, ni du col du condyle du maxillaire
ır, on pratique sur cet os une brèche haute de 1 centi-
1/2 environ mais dont la largeur ne doit pas dépasser
nètre, sinon l'on court les risques de fracturer soit
yse coronoïde, soit le condyle du maxillaire inférieur.
ıtion de cette brèche constitue un temps assez délicat
ɜration en raison de la mobilité du maxillaire diffi-
ıtamer. Atteindre le nerf dentaire inférieur, le mettre

à nu, est affaire de patience; mais la résection faite jusqu'à la base du crâne offre des dangers réels; on est exposé à couper l'artère maxillaire interne et l'artère dentaire inférieure; le sang inonde alors la plaie et l'on ne voit plus bien ce que l'on fait.

Ces opérations peuvent se faire méthodiquement.

L'extirpation même du ganglion de Gasser est possible.

Horsley tenta cette opération en 1889, mais ne put la mener à bien. En 1890, W. Rose extirpa le ganglion de Gasser après résection du maxillaire supérieur. Il pratiqua cette opération après avoir fait successivement l'élongation du nerf dentaire inférieur, la section des rameaux mentonniers, la section du nerf dentaire inférieur après trépanation de l'os, enfin la section des nerfs dentaire inférieur et lingual dans la fosse ptérygoïde. La malade guérit de ses douleurs, mais en perdant un œil et la mâchoire supérieure.

Doyen fit l'extirpation totale du ganglion de Gasser par la résection de l'arcade zygomatique de l'apophyse coronoïde, la dénudation de la grande aile du splénoïde dans sa portion horizontale, la dénudation de la partie correspondante du temporal et enfin la trépanation du temporal. La malade guérit avec une vision normale, mais la cornée devint et resta insensible.

L'extirpation du ganglion de Gasser est indiquée dans les cas de névralgie portant sur toutes les branches du trijumeau, à la condition que tous les nerfs soient atteints à peu près au même degré. Mais dans ces cas de névralgies multiples on se trouve le plus souvent en présence de lésions intracraniennes. Lorsqu'il existe des irradiations douloureuses, la résection du nerf présentant les points douloureux maxima fait disparaître les douleurs irradiées.

VARIÉTÉS

La sérothérapie à l'étranger.

itement du tétanos par les toxines. — II. — De l'influence de
ques albumines, introduites par voie sous-cutanée, sur l'orga-
e animal, surtout chez les animaux infectés par la tubercu-
— III. Crétinisme sporadique traité par l'extrait de glande
oïde.

Traitement du tétanos par les antitoxines.

(R. T. HEWLET, *Practitioner*, 1895.)

quatre modalités du tétanos (idiopathique, traumatique, éral et des nouveau-nés), c'est le tétanos puerpéral nouveau-nés qui est le plus dangereux : presque tous s se terminent par la mort. Le tétanos traumatique, le équent de tous, est lui aussi très grave : l'issue fatale nt dans 90 0/0 environ. Le pronostic est d'autant plus x que la plaie est plus étendue, qu'elle est lacérée ou ie et surtout si elle est souillée par de la terre; en che, plus longue est l'incubation, plus est bénin le pro-. Les lésions causées par le ballon de pied sont surtout de provoquer le tétanos. Quant au tétanos idiopathique, talité n'en est que de 55 0/0 environ.

ganisme pathogène du tétanos, c'est le bacille de Nico-qui se rencontre en abondance dans le sol de certaines és. Ce bacille se laisse isoler et se cultive facilement s milieux artificiels de culture; inoculé aux animaux, uit chez eux le tétanos type. C'est un bâtonnet court, mobile; le bacille est anaérobie et possède des spores ales. La rareté relative de l'affection est due à ce fait algré son ubiquité presque complète, il demande pour

sa pullulation un ensemble de conditions qui ne se rencontrent pas partout et toujours.

Les manifestations cliniques de l'affection sont causées par l'absorption dans la circulation générale des poisons chimiques élaborés sur place par le bacille de Nicolaier; en effet, le bacille ne séjourne jamais dans le sang, les organes, ni les tissus, et la maladie commence toujours par être purement locale.

Cultivé sur des milieux appropriés le bacille du tétanos élabore des toxines, s'accumulant dans le milieu de culture : ces toxines, débarrassées des germes par filtration à travers des filtres en porcelaine et inoculées aux animaux, provoquent chez eux un tétanos type rapidement mortel.

De tous les procédés de traitement innombrables proposés jusqu'à présent, c'est le traitement par les antitoxines qui donne les meilleurs résultats. Aussi allons-nous exposer brièvement le mode de procéder et les effets produits par lui.

Méthode de préparer les antitoxines. — On peut se servir en pratique d'au moins trois diverses formes d'antitoxines :

1° Parfois c'est le sérum sanguin des animaux immunisés qui est employé tel quel ;

2° Le sérum sanguin séché : 1 gramme de substance séchée correspondant à 10 centimètres cubes de sérum sanguin liquide ;

3° Le sérum sanguin est précipité par l'alcool et le précipité est séché — c'est l'antitoxine de Tizzoni. Cette dernière est peut-être l'antitoxine sous sa forme la plus concentrée.

Dosage de l'antitoxine. — Il est difficile d'indiquer d'une manière définitive le dosage exact de l'antitoxine, la dose employée ayant varié considérablement dans les cas rapportés jusqu'à l'heure qu'il est. La dose minima employée fut de 5 centimètres cubes et la dose maxima de 167 centimètres cubes (cas de Roux) ; ce qui est surtout remarquable, c'est que cette dose énorme n'a pas donné lieu à des phénomènes secon-

daires fâcheux, à part l'urticaire qui se rencontre si souvent après les injections d'antitoxine diphtéritique. Voici les doses moyennes à employer pour chacune des diverses formes d'antitoxines :

1° *Sérum sanguin liquide.* — Son pouvoir immunisant minimum doit être de 1 : 1,000,000. On commencera par injecter 20-40 centimètres cubes de sérum sanguin et on répétera ensuite toutes les six à douze heures, en injectant 10-20 centimètres cubes de sérum.

2° *Sérum sanguin séché.* — 1 gramme de sérum séché correspondant à 10 centimètres cubes de sérum liquide, on commencera par en injecter 2-4 grammes, et les injections ultérieures seront faites, toutes les six à douze heures, avec 1-2 grammes de sérum séché.

3° *Antitoxine de Tizzoni.* — Tizzoni recommande de faire la première injection avec 0gr,25 de son antitoxine, et les injections ultérieures avec 0gr,6 chacune.

Les doses à employer et l'intervalle entre les injections dépendront de la gravité des cas à traiter et des effets que produira l'injection de toxines : il ne faut jamais perdre de vue que plus courte a été la période d'incubation, plus aiguë, toutes choses égales d'ailleurs, sera probablement la marche de l'affection.

Mode d'administration. — On se servira exclusivement de la voie sous-cutanée. La seringue sera assez volumineuse, d'une capacité minima de 10 centimètres cubes, les seringues ordinaires de Pravaz étant à rejeter, parce qu'on serait obligé de pratiquer chaque fois plusieurs piqûres. La seringue sera préalablement démontée et soigneusement stérilisée; la peau, au lieu de piqûre, sera désinfectée avec une solution phéniquée à 5 0/0. Se sert-on du sérum sanguin liquide, on en versera une quantité suffisante dans un vase préalablement stérilisé à l'eau bouillante, et le flacon sera bouché rapidement et remis dans

un endroit sombre et froid, de préférence sur de la glace; remarque-t-on, après l'avoir débouché une ou deux fois, l'apparition d'un trouble nuageux (ce qui indique la présence des bactéries), le flacon devra être mis de côté. Le sérum séché et l'antitoxine de Tizzoni seront finement pulvérisés, la dose nécessaire pesée sera dissoute dans 5 à 10 parties (suivant les cas) d'eau distillée stérilisée par ébullition préalable pendant dix minutes consécutives. La chaleur détruisant les antitoxines, il faut absolument proscrire le chauffage pour hâter la dissolution : on ne se servira des seringues et des vases stérilisés qu'après refroidissement préalable. L'antitoxine sera injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané lâche, par exemple, au dos dans l'espace interscapulaire et dans le tissu sous cutané de l'abdomen.

L'antitoxine sera employée :

1° *Comme remède.* — Pour que l'antitoxine produise plus sûrement l'effet désiré, il est de toute nécessité de l'administrer dès que l'apparition du tétanos devient probable. On n'hésitera pas à injecter l'antitoxine toutes les fois que, quelques jours après l'accident et sans cause appréciable aucune, il survient de la raideur de la nuque, de la difficulté d'ouvrir la bouche, ou même des douleurs excessives au siège de la lésion ou des douleurs s'irradiant de ce point.

La dose à employer augmentant rapidement avec la durée de la maladie, on aura soin de se servir de l'antitoxine aussi près que possible du début de l'affection.

2° *Comme prophylactique.* — L'action curative de l'antitoxine une fois démontrée (voir plus bas), on peut se poser la question si, dans certains cas donnés, il ne serait pas sage de l'employer avant l'éclosion de la maladie. Par exemple, quand on a affaire à une plaie contuse souillée par la terre, qui suppure déjà : le sujet n'entrant en traitement qu'après aggravation de son état, il est à présumer que le tétanos ne tardera pas à éclater et, s'appuyant sur des recherches expérimentales en-

reprises à cet égard, il n'est pas invraisemblable que l'on éussira à le prévenir par des injections de petites doses d'an-itoxine. Il est à présupposer que, dans ce but, il suffirait omplètement, pour obtenir l'effet prophylactique, d'injecter centimètres cubes environ de sérum antitoxique.

S'il est vrai que tout cela est encore hypothétique, il vaut out de même la peine de signaler l'effet prophylactique pro-able de l'antitoxine tétanique et de l'essayer le cas échéant,

Effets de l'antitoxine. — On n'a jamais observé de phéno-iènes secondaires fâcheux à la suite d'injections d'antitoxine. Juant à son action favorable, elle est incontestable : sous son ifluence la durée de la maladie est abrégée, la fièvre (si elle xiste déjà) s'abaisse, la fréquence du pouls est diminuée (ce ui est un excellent signe), et les attaques spasmodiques eviennent moins fréquentes et moins intenses. Même dans s cas où la guérison ne survient pas, l'antitoxine soulage iormément les malades en atténuant un grand nombre de ymptômes morbides.

Valeur de l'antitoxine comme médication curative. — A en pas douter, la guérison est survenue dans des cas de té-nos traités par l'antitoxine. Mais cette guérison est-elle ie à l'antitoxine ou est-elle survenue spontanément? C'est qu'il est difficile de décider. Sur les 50 cas analysés par iuteur, il y a eu 16 morts, en d'autres termes, la mortalité est 32 0/0. Il faut de ce nombre défalquer 2 cas, dont l'un, té-nos idiopathique, a guéri, et l'autre, tétanos du nouveau-né, est terminé par la mort. Tous les 48 cas restants sont des s de tétanos traumatique quoique, dans 2 à 3 cas, la période incubation étonne par sa longueur inaccoutumée. 5 cas sont pportés trop sommairement pour que l'on puisse émettre jugement à leur égard. Sur les 43 cas restants, dans 24 la riode d'incubation était de onze jours ou au-dessous et ns les autres cas au-dessus de onze jours. Les premiers t présenté une mortalité de 37,5 0/0 (=9 cas), tandis que la

mortalité était seulement de 15,8 0/0 (= 3 cas) dans la deuxième série.

Si ces chiffres étaient hors de toute contestation, il s'en suivrait que l'antitoxine diminue considérablement la mortalité des sujets atteints de tétanos. Mais malheureusement les auteurs sont enclins à publier tous les cas favorables et à laisser de côté les échecs, ce qui diminue d'autant la valeur de la statistique détaillée plus haut. Toutefois, pour être tout à fait impartial il faut attirer l'attention sur ce fait que, dans 2 cas, les malades étaient déjà agonisants avant même l'application du traitement par l'antitoxine : aussi, en toute justice, les faudrait-on défalquer du chiffre des issues fatales comme nullement imputables au traitement antitoxique.

Il est assez probable que les succès obtenus par l'antitoxine tétanique seront toujours inférieurs à ceux que donne l'antitoxine diphtérique ; en effet, le tétanos ne se déclare qu'après irruption d'une grande quantité de toxines dans la circulation générale, tandis que la diphtérie peut être diagnostiquée encore à l'état d'affection locale ou, du moins, immédiatement après absorption d'une petite quantité seulement de poison.

Traitement local de la lésion. — On ne négligera jamais le traitement local de la plaie, car c'est ici que s'élaborent les substances toxiques dont l'absorption provoque le tétanos. La plaie sera désinfectée par des antiseptiques puissants et l'on ne s'arrêtera pas devant une excision étendue toutes les fois qu'on la croira nécessaire. Des recherches de Tizzoni et de Cattani, il résulte que c'est l'azotate d'argent en solution à 1 0/0 qui est peut-être douée de propriétés germicides les plus puissantes par rapport au bacille de Nicolaier.

Adjuvants au traitement par l'antitoxine. — Le malade sera placé dans une chambre noire; le silence et le repos sont de rigueur. On lui administrera en abondance des aliments liquides d'une digestion facile. La déglutition provoque-

-elle des attaques, on lui introduira les aliments par la sonde stomacale pendant le sommeil chloroformique. De même aussi si les injections causent des accès spasmodiques, elles seront pratiquées dans l'anesthésie chloroformique. Comme hypnotique, le chloral sera préféré à l'opium : on peut l'administrer *larga manu* sans crainte de voir survenir des phénomènes secondaires fâcheux. (*New-York medical Abstract*, v. XV, n° 5, mai 1895, p. 153-157.)

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Traitement de la névrite traumatique par la compression forcée (Communication du Dr Delorme à l'Académie de médecine, séance du 28 mai 1895). — Le Dr Delorme présente un nouveau cas de guérison de névrite traumatique par la compression forcée.

Le malade, atteint de névrite traumatique, fut soumis à la compression localisée, forcée, pratiquée après chloroformisation, sur les points douloureux.

Le chirurgien comprima avec ses pouces et de toutes ses forces les points douloureux. Après fatigue, il fit répéter la même manœuvre par deux aides.

Au réveil, le malade accusa des douleurs moins vives. On fit un pansement ouaté qui fut levé le sixième jour; les douleurs à la pression étaient nulles sur presque tous les points hypéresthésiés. Sept jours après, une nouvelle séance de compression fut faite, les douleurs à la pression disparurent et la marche devint relativement facile. La guérison fut obtenue après une nouvelle et troisième séance de compression.

Sur une préparation destinée au pansement des plaies superficielles, par Dufau, interne en pharmacie de l'hôpital Lariboisière (In *Semaine médicale* du 15 juin 1895). — M. Dufau a trouvé pour le traitement des excoriations et des petites plaies cutanées une formule de mixture qu'il désigne sous le nom d'*adhésol*. En voici la composition :

Résine de copal..................	350	grammes.
Benjoin..........................	àâ 30	—
Baume de tolu....................		
Éther sulfurique..................	1000	—
Essence de thym................	20	—
Naphtol α........................	30	—

Mêlez. Usage externe.

Ce liquide, appliqué sur la peau, donnerait rapidement lieu à la production d'une pellicule mince, rendue aseptique par la présence du naphtol.

Cas d'incontinence d'urine traitée par la torsion de l'urèthre d'après la méthode de Gersuny (J. Glas, *Wiener medicinische Blätter*, 1895, n° 6). — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans atteinte depuis trois ans d'incontinence d'urine: de nocturne qu'elle était d'abord, elle est devenue ensuite aussi diurne. Echec avec la faradisation du sphincter et les injections de strychnine dans la région sphinctérienne.

C'est alors que l'auteur s'est décidé à pratiquer dans la narcose chloroformique la torsion de l'urèthre d'après le procédé de Gersuny. Ayant incisé tout autour de l'orifice externe, à 2 millimètres de distance, et ayant attiré en dehors l'urèthre à 2cm,5, il lui fit exécuter une torsion de 270°, après quoi il fixa l'urèthre par quelques sutures de soie. Rétention de l'urine pendant deux jours après l'opération ayant nécessité le cathétérisme ; passé ce délai la miction est redevenue volontaire. Les fils furent enlevés quinze jours après l'opération ; guérison par première intention. La guérison s'est maintenue six mois après l'opération. La capacité

de la vessie est de 500 grammes environ. La durée de la miction n'est que de peu supérieure à la normale. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1895, nº 21, p. 583.)

Sur le traitement aseptique de la suppuration (H. Zeidler, *Centralblatt für Chirurgie*, 6 avril 1895). — L'auteur discute la question s'il est désirable de tâcher de désinfecter les plaies suppurantes, de même que les foyers de cellulite suppurée circonscrite ou de cellulite suppurée diffuse, et il se prononce plutôt en faveur de l'asepsie que de l'antisepsie. Ce qui le confirme surtout dans cette manière de voir, c'est l'impossibilité presque absolue, ou du moins la difficulté extrême de tuer les microorganismes pathogènes ayant pénétré dans l'intérieur des plaies. Déjà en 1889 il avait rapporté une centaine de cas traités avec succès sans antiseptique aucun, et depuis des observations semblables n'ont pas cessé de s'accumuler entre ses mains, et il les compte à présent par des centaines.

Voici sa manière de procéder :

Le champ opératoire est préparé comme habituellement ; après ouverture de toute la plaie, on dissèque soigneusement tous les tissus infectés de pus. On essuie alors avec de la gaze stérilisée et, en cas de nécessité, on irrigue avec une solution de chlorure de sodium à 6 0/0. On bourre alors soigneusement de gaze stérilisée et on place dessus une couche de gaze stérilisée couverte de laine ; pansement compressif.

L'auteur se prononce contre le pansement humide et en faveur du pansement sec ; il est d'avis que ce dernier diminue les sécrétions et active la formation des granulations saines. Il déconseille l'emploi de l'iodoforme ou d'autres antiseptiques quelconques qui, d'après lui, non seulement ne sont pas utiles, mais encore sont dangereux.

Le pansement ne sera pas changé pendant une huitaine de ours : jamais il n'a observé d'exhalation d'odeur fétide par

suite de la décomposition des sécrétions. Les liquides sont-ils sécrétés en abondance et infiltrent-ils les couches externes de gaze, on les enlèvera et on les remplacera par d'autres couches de gaze sans toucher aux couches profondes. Il est de toute nécessité d'employer pour le pansement des substances absorbant bien les liquides. (*The Practitioner*, juin 1895, p. 569 et 570.)

Chloroformisation. — Éthérisation (Communication à la Société de chirurgie, 15 juin 1895). — *Chloroformisation.* — MM. Langlois et Maurange préconisent avant la chloroformisation, dans le but d'éviter la syncope cardiaque, l'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution contenant 1 centimètre cube de chlorhydrate de morphine et 5 centimètres cubes de sulfate de spartéine. Dans 182 cas où cette injection a été faite, on n'a jamais observé d'alerte cardiaque, les vomissements ont été rares et l'anesthésie a été maintenue avec des quantités minimes de chloroforme, 30 grammes en moyenne.

Ethérisation. — Actuellement l'éthérisation est en pleine faveur parmi les chirurgiens, aussi le Dr Reynier vient-il montrer que les dangers de l'éther par lui-même ne sont pas à passer sous silence, et l'embrasement des vapeurs éthérées, par exemple, est toujours à craindre, quand il y a un foyer incandescent (un simple thermocautère suffit), ainsi que l'ont démontré nombre de faits. Comme anesthésique, l'éther est inférieur au chloroforme, son action est moins durable et moins continue. Tandis que le chloroforme anesthésie sans asphyxie, l'éther anesthésie toujours par asphyxie, à tel point que les Américains appellent la méthode de Julliard, la méthode par asphyxie.

L'éther provoque une salivation et une irritation bronchique intenses, soit des complications fréquentes.

Quant à la syncope, elle est peut-être moins fréquente

l'avec le chloroforme, mais elle n'est pas rare et elle est us grave.

L'éther donne des alertes comme le chloroforme et, il y a ue huitaine, M. Reynier en a observé une dans les circonsances suivantes : Son interne endormait avec le masque de illiard un homme de 35 ans, alcoolique mais non cardiaque. u bout de cinq minutes, le malade pâlit et ne respire plus. a respiration artificielle, tout aussitôt faite, permit de ranier l'opéré au bout de quelques instants.

Enfin l'éther a des contre-indications nombreuses indiquées ır ses meilleurs partisans. C'est ainsi qu'il ne faut pas l'employer dans les cas de shock, d'obstruction intestinale, de ritonite, de hernie étranglée, etc., ni dans les opérations rtant sur le cou, la face et le crâne, ni chez les malades eints d'affection pulmonaire, ni chez les enfants, ni chez s vieillards; enfin, il faut tenir compte du mode d'éclairage de calorification. En présence de ces nombreuses contrelications, pourquoi renoncer au chloroforme, maintenant e nous savons mieux le manier, et l'éther n'a rien qui lui érite de détrôner le chloroforme.

Gynécologie et Obstétrique.

Contribution aux ruptures complètes de l'utérus (S. Chologoroff, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, XXXI, 1895.) — La rupture de l'utérus pendant le travail partient aux complications les plus rares, mais aussi les plus ngereuses de l'accouchement. Ce sont la septicémie et l'anéie qui causent dans la plupart des cas la mort des femmes rès rupture utérine. Ordinairement il s'agit d'accouchents négligés chez des femmes auprès desquelles on avait jà tenté des essais infructueux pour les délivrer du fruit de nception. Dans un grand nombre de cas le fœtus est déjà rt et putréfié, de sorte que l'intoxication est à la fois intéure et extérieure. Dès que le fœtus a passé dans la cavité

abdominale, le placenta ne tarde pas à se détacher, d'où hémorrhagie profuse provenant simultanément de la plaie par déchirure et de la surface d'insertion du placenta.

Le traitement institué dès l'antiquité, à savoir, le pansement compressif et le sac de glace, malgré les succès obtenus par lui dans ces tout derniers temps, n'a pas en génér donné de résultats favorables. Aussi du moment que, grâc à l'antisepsie, l'opération césarienne et l'ouverture de l'abdo men sont devenues moins dangereuses, a-t-on eu recours la laparatomie pour le traitement de la rupture utérine.

Mais la laparatomie suivie de l'opération césarienne con servatrice ou de l'opération de Porro n'ayant pas donné le résultats attendus, on s'adressa au tamponnement de l'utérus on se proposait de boucher la plaie par déchirure ou drainer, à travers la déchirure, la partie voisine de la cavi abdominale à l'aide des lanières de gaze iodoformée ou d drains.

A en juger d'après les données statistiques, le résultat de laparatomie loin d'être sûr et certain, dépendrait plutôt progrès plus ou moins considérable de l'infection péritonéa avant l'intervention chirurgicale. Mais grâce au drainag on réussit non seulement à évacuer avec facilité par en b les sécrétions septiques, mais en se servant comme drain tampon de gaze iodoformée, on peut aussi arriver à arrêt l'hémorrhagie. On peut attendre des résultats encore pl brillants en combinant ce mode de drainage avec la sutu de la déchirure par le vagin.

Dans un cas de rupture utérine, l'auteur commença p laver la cavité abdominale, avec une solution boriqué à 2 0/0, à l'aide d'un long tube de verre introduit à travers l vagin et la plaie par déchirure; puis ayant attiré par en ba les bords de la déchirure, il les sutura en partie, en en tam ponnant la partie restante avec une bande de gaze iodoformé allant jusque dans la cavité abdominale. Pansement com pressif appliqué sur le ventre et le périnée.

Les frissons et la fièvre survenus durant les suites de ɔuches, étaient attribuables à une mastite intercurrente : en ffet, le dixième jour on enleva les sutures et la plaie a été rouvée complètement guérie. Involution normale de l'utérus.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

1° Les ruptures utérines peuvent être traitées de différentes nanières : *a*) par expectation ou à l'aide des antiphlogisti- ques ; *b*) par laparatomie avec conservation de l'utérus, en suturant la plaie ou en la laissant telle quelle ; *c*) par lapara- omie avec amputation sus-vaginales ou extirpation de 'utérus ; *d*) par drainage de la plaie par déchirure ; *e*) par uture de la plaie par déchirure avec ou sans introduction le gaze iodoformée.

2° L'expectation n'amenant la guérison que très rarement, lle doit être rejetée.

3° Ordinairement l'on aura à choisir entre les diverses mé- hodes de laparatomie et le tamponnement.

4° Eu égard à la désinfection soigneuse de la cavité abdo- ninale, il est difficile de donner la préférence à une quelcon- ue de ces diverses méthodes.

5° Le drainage tout en n'assurant pas d'une manière cer- aine la cessation de l'hémorrhagie, garantit l'écoulement libre es sécrétions de la cavité abdominale.

6° On combine les avantages de ces deux méthodes en su- urant la plus grande partie de la déchirure et en ne laissant on suturée qu'une petite ouverture, à travers laquelle on fait asser une bande de gaze iodoformée.

7° Cette méthode remplit tous les *desiderata* : s'il est vrai u'il est assez difficile de la pratiquer, on y arrivera tout de ıême en fin de compte toutes les fois qu'il s'agit d'une rup- ıre utérine au-dessous de l'anneau de contraction : or, c'est cette variété de rupture que nous avons affaire dans la ma- ›rité des cas. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, ıillet 1895, p. 417 et 118.)

De l'ostéomalacie et de son traitement (Fehling, *Archiv für Gynäkologie*, XLVIII, n° 3, p. 472). — On sait que c'est Fehling qui a proposé la castration comme remède radical de l'ostéomalacie chez la femme gravide aussi bien que chez la femme non gravide. Malgré l'opposition rencontrée par lui, il persiste à croire que l'ostéomalacie est une tryphonévrose du système osseux causée par les lésions des ovaires. L'ostéomalacie est provoquée par l'activité anormale des ovaires qui sont atteints d'une affection inflammatoire ; en effet, les ovaires sont extrêmement hyperhémiés et leurs vaisseaux sanguins sont atteints de dégénérescence hyaline. Il est assez vraisemblable que le système nerveux central et les nerfs sympathiques sont, eux aussi, atteints à leur tour.

A quoi est due la dissolution des sels calcaires de l'os ? Il est encore impossible, à l'heure qu'il est, de répondre à cette question. En tout cas est dénuée de tout fondement l'ancienne hypothèse d'après laquelle cette dissolution serait provoquée par un acide libre provenant des aliments. Les microorganismes n'ont rien à faire avec cette affection ; elle n'est pas causée non plus par les bactéries de la nitrification. Aussi a-t-on échoué avec le traitement proposé par Petrone, à savoir, l'administration du chloral hydraté ou la narcose chloroformique.

Le seul traitement curatif, c'est la castration, l'enlèvement des ovaires, cause de l'affection par suite de leur suractivité.

Mais la castration n'est point indiquée dans tous les cas d'ostéomalacie, sans exception aucune. Quelques cas guérissent spontanément ou sous l'influence d'autres médications. Le phosphore semble parfois amener la guérison, mais il ne met pas à l'abri de la récidive pendant les grossesses ultérieures.

La guérison ne survient parfois qu'après deux à trois ans. Quelquefois l'ostéomalacie ne débute que deux à trois ans après le dernier accouchement.

Ce qu'il importerait surtout, ce serait prévenir l'affection qui, comme l'on sait, est endémique. Malheureusement, c'est

ne chose très difficile. En effet, le meilleur prophylactique, 'est d'améliorer la nutrition et l'habitation des femmes, sur-)ut de proscrire les chambres à coucher noires, sans lumière i air pur.

L'affection survient-elle pendant la grossesse ou dans la uite de couches, on aura alors recours en première ligne au :aitement symptomatique. On prescrira la poudre de Hasse :arbonate de fer et carbonate de chaux, à parties égales), le hosphore en émulsion ou dans l'huile de foie de morue, les ains d'eaux-mères, une alimentation tonique, le changement habitation ou de lieu de séjour, la cessation de la lactation, etc. importe beaucoup que les femmes ne deviennent plus en- intes. (Par parenthèse, la fertilité extrême des femmes stéomalaciques est tout à fait caratéristique.)

Le bassin est-il déjà très rétréci dès les premiers mois de grossesse, on prendra en considération les indications de accouchement prématuré et de l'avortement artificiel; le bas- n est-il très rétréci et les femmes souffrent-elles considéra- ement, on pourra pratiquer l'opération césarienne dès le xième ou septième mois de la grossesse. L'auteur se pro- nce contre la castration dans les premiers mois de la gros- sse proposée par Felsenreich pour enrayer les progrès de affection : en effet, nous ne sommes pas encore édifiés sur valeur de cette intervention chirurgicale. L'opération césa- enne est-elle entreprise vers la fin de la grossesse, il vaudra ors mieux pratiquer l'opération de Porro que de faire la stration en conservant l'utérus : il est évident qu'il est plus antageux d'avoir une seule plaie que d'en avoir trois.

S'agit-il d'ostéomalacie des femmes non gravidiques, la cas- ation sera pratiquée dès que l'on aura échoué avec les autres édications et que la malade sera devenue incapable de se tenir r ses pieds et de vaquer à ses occupations. On enlèvera nultanément les ovaires et les tubes. L'auteur met expres- nent en garde contre le conseil de Winckel, d'attendre avec castration jusqu'à ce que la vie des femmes soit en danger :

en effet, dans cet état des choses la laparotomie et la narcos
deviennent à elles seules des interventions dangereuses. D
plus, les femmes si dangereusement atteintes deviennent fac
lement la proie de la tuberculose (*Die Therapie der Gegenwar*
medicinisch-chirurgische Rundschau für praktische Aerzt
juillet 1895, n° 7, p. 426 et 427.)

Contribution au traitement de l'éclampsie (A. v. Gubar
Centralbatt für Gynäkologie, 1895, n° 5). — Dans 6 cas p
sonnels dont 3 très graves, voici le traitement qui a don
les meilleurs résultats à l'auteur :

Emploi des narcotiques, surtout de la morphine (inject
sous-cutanée de 0 gr, 015 répétée six fois environ par 24 heu
suivant la quantité d'urine éliminée), des lavements chlora
et la narcose chloroformique légère seulement pendant l'
tervention chirurgicale (y compris le cathétérisme vésic
On a prescrit *larga manu* tous les remèdes externes pos
dant la propriété d'exciter les fonctions de la peau ou de
remplacer par les fonctions des organes vicariants, tels q
enveloppements chauds (toujours), bains chauds (très ra
ment), frictions avec une solution chaude d'alcool, de vinai
et de sel (répétées plusieurs fois par jour) et air chaud.

Dans tous les cas on a pris soin de faire évacuer comp
tement l'intestin à l'aide des purgatifs salins (sulfate
soude et sulfate de magnésie). La fonction rénale fut
mulée par l'administration du lait et de quelques eaux
nérales et par l'application locale, à la région rénale, de
chaleur à l'aide d'une grosse vessie de caoutchouc quadr
gulaire remplie d'eau chaude.

Grâce à ce traitement, la diurèse augmenta, l'albumin
diminua, l'état général s'améliora rapidement et la guéri
est survenue dans quelques jours. L'auteur recomma
surtout l'application locale permanente de la chaleur
région rénale.

Une seule fois seulement l'auteur fut obligé de recou

saignée. Les accès étant devenus très menaçants vers la ı du septième mois de la grossesse, on provoqua l'accou·ıement prématuré. Mais les accès s'étant renouvelés avec même intensité après l'accouchement et la respiration ant devenue laborieuse (toute la poitrine était remplie de les), 500 grammes de sang furent retirés de la veine médiane ıphalique gauche. Cessation rapide des accès, mais persisnce des troubles de la conscience. Le lendemain nouvelle ignée de 500 grammes. La conscience revint en peu de mps et la guérison eut lieu dans quelques jours. (*Centralıtt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 419 et 420.)

Médecine générale.

Antipyrine en injections sous-cutanées comme anti-névralque et hémostatique. (Bergquist, *Eira*, XIX, N° 3, p. 73.)

Les injections sont faites avec une solution aqueuse d'antirine : on injecte en une seule fois 1 seringue de Pravaz, rement 2; le point d'injection est ensuite soumis au masge. Les injections sont très douloureuses; la douleur perıte pendant une demi-minute environ.

Sur 130 cas de lumbago traités de la sorte, il y a eu 122 guéıons. Résultats satisfaisants dans 8 cas de sciatique sur traités; succès complet dans tous les cas de migraine umis à ce traitement. Mais la douleur provoquée par l'in:tion d'antipyrine était si intense que quelques malades ne at plus retournés après la première injection. Succès éganent dans 1 cas de névralgie du trijumeau et dans 2 cas pistaxis profuse. Dans quelques cas on était obligé de répé-les injections pendant quatre jours consécutifs.

L'antipyrine attaquant l'instrument, on aura soin de neter soigneusement la seringue immédiatemeut après s'en e servi. (*The Universal medical Journal*, IX, avril 1895, 115 et 116.)

Traitement de l'odeur fétide de l'haleine (*In Chroniqu médicale*, 1er juin 1895). — S'attaquer à la cause. En outre pour désinfecter la cavité buccale, gargarismes avec:

1°	Permanganate de potasse......	30 centigrammes.
	Eau distillée....................	30 grammes.

Cinq à huit gouttes pour un verre d'eau.

2°	Infusion concentrée de feuilles de sauge........................	250 grammes.
	Glycérine pure.................	30 —
	Teinture de myrrhe............	12 —
	Teinture de lavande............	12 —
	Liqueur de Labarraque.........	30 —

Gargarisme. Usage externe.

3°	Décoction de fleurs de camomille	300 grammes.
	Glycérine......................	80 —
	Eau chlorée...................	15 —

Gargarisme. Usage externe.

4°	Saccharine.................. } Bicarbonate de soude......... }	àâ 1 gramme.
	Acide salicylique...............	4 grammes.
	Alcool bon goût................	200 —

Quelques gouttes pour un verre d'eau en gargarisme. Us externe.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Carbonate de guaïacol dans la tuberculose pulmona (O. Torstensson, *The Universal medical Journal*, IX, ; 1895, p. 116.) — Ce remède, employé par l'auteur dans un g nombre de cas de tuberculose pulmonaire aux premie deuxième stades, a eu pour résultats l'amélioration de l général des malades, l'augmentation du poids du cor après quelques semaines, l'atténuation des signes pu naires locaux.

›onate de guaïacol fut administré à la dose de 1 à 2 gram-
étée 2 fois par jour après les repas. Il va sans dire que
temps que l'on prescrivait le carbonate de guaïacol, les
esures thérapeutiques et hygiéniques nécessaires
négligées non plus. Le carbonate de guaïacol était
ssocié aux injections d'acide cinnamique, ou aux lave-
carbonate de créosote. Le traitement par le carbo-
guaïacol sera continué pendant plusieurs mois sans
ion aucune.

et pneumonie. (J. Pohlman, *Medical News*, 26 janvier
L'auteur a entrepris des recherches expérimentales
hiens pour élucider la cause de la gravité si connue de
ionie chez les alcooliques. Après avoir injecté à des
de diverses tailles des quantités variables d'alcool
rachée, il les sacrifia et soumit les poumons à l'exa-
cro- et microscopique. Tous les poumons étudiés
leins de sang et de coloration sombre; quelques-uns
i condensés et dépourvus d'air qu'ils ne surnageaient
l'eau. Les bronches étaient remplies de mucus san-
;, les alvéoles étaient à leur tour comblées de mucus
lent et de globules sanguins rouges et blancs; le
monaire était atteint d'inflammation aiguë.
yant sur ces recherches, Pohlman attribue la gravité
umonie chez les alcooliques à ce que l'alcool provo-
tat inflammatoire des tissus pulmonaires, rend les
moins aptes à s'opposer à l'envahissement du pneu-
. (*Centralblatt für innere Medicin*, 1895, N° 23

Maladies des enfants.

nent médical des végétations adénoïdes. (Dr Marage
tédical, juin 1895). — Voici la méthode que l'auteur
elle est très simple et tout praticien peut l'expéri-
ui-même.

L'auteur se sert d'une solution aqueuse de résorcine (méta-dihydroxybenzine), dont la concentration varie entre 50 et 100 0/0. Du coton hydrophile monté sur un porte-caustique de courbure convenable, est imbibé de cette solution, les végétations sont touchées en passant derrière le voile du palais; on peut aussi faire retracter les cornets avec une solution de cocaïne et suivre la voie nasale pour pénétrer dans le pharynx les parties touchées se recouvrent d'une croûte blanchâtre

La douleur est nulle et dès la deuxième séance, l'enfant se laisse traiter sans protestation, la réaction inflammatoire n'existe pas; le malade peut manger ou boire immédiatement après et il n'y a pas de précautions spéciales à prendre.

En 6 à 10 séances au plus faites tous les deux ou trois jours, les symptômes disparaissent, et le malade est complètement guéri. Cette méthode exempte de tout danger peut rendre de grands services, soit que le médecin ne veut pas faire l'opération, soit que celle-ci est impossible ou dangereuse; de plus elle est applicable, quelque jeune que soit l'enfant.

Traitement de la syphilis héréditaire. — A l'enfant cinq à six semaines, administrer dans la journée :

Liqueur de Van Swieten... XX gouttes.

En quatre fois dans du lait. Simultanément faire matin soir, alternativement sous les aisselles, aux aines, aux jarrets, des frictions avec :

Onguent napolitain.. 50 centigrammes à 2 grammes.

Le moment propice pour les frictions est le coucher. U seule friction par jour est suffisante. Choisir la région situ au-dessous de l'aisselle; éviter les régions où l'absorption trop facile (scrotum, aine, aisselle, régions pileuses général). Varier le siège des frictions et changer cha jour de côté. La friction doit durer plusieurs minutes, quart d'heure pour les faibles doses. La partie frictionnée ensuite couverte d'ouate et de taffetas gommé : la pomm

laissée en place pendant huit à dix heures. Le lendemain in, la peau est savonnée et l'enfant prend deux bains nidon par semaine. Le traitement ne peut durer en géal plus de quatre semaines (Fournier). La dose de ieur de Van Swieten peut être, pour les enfants à la male, progressivement portée à XXX et XL gouttes adminis- s en quatre fois dans la journée. Ce traitement devra être tinué sans interruption pendant les cinq ou six premiers s. Il suffira, pour obtenir les bons effets d'une suspension, aisser et d'élever alternativement les doses d'une façon hodique. Le traitement mixte est commencé vers le quame ou cinquième mois.

rop de Gibert, un quart, un tiers, une demi-cuillerée à dans un flacon contenant de l'eau. A prendre dans la née en quatre ou cinq fois. Elever ou abaisser les doses sirop de Gibert comme les doses de Van Swieten. A une iode éloignée du début, si l'état général est bon, essayer uspendre le traitement en redoublant d'attention.

Liqueur de Van Swieten.

De 0 à 2 ans	X à XL gouttes.
De 2 à 3 ans	XL à LX —
De 3 à 7 ans	XL à C —
De 7 à 10 ans	Une cuillerée à café.
De 10 à 15 ans	2 à 4 —

doses fractionnées dans la journée.

Sirop de Gibert.

A 2 ans	1 cuillerée à café.
De 3 à 5 ans	2 —
De 5 à 8 ans	2 —
De 8 à 12 ans	4 —

ins de sublimé associés au traitement interne ou aux ions (contre-indiqués dans le cas d'ulcération des téguts).

Sublimé corrosif	2	grammes.
Alcool	30	—
Mêlez.		

Pour un bain d'un quart d'heure.

Bichlorure de mercure	3	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	6	—
Eau	2500	—
Mêlez.		

Pour un bain tiède de dix minutes tous les deux jour (baignoires en bois). Supprimer l'administration des bains la moindre irritation intestinale. S'il se produit une diarrhé persistante, suspendre l'administration du mercure à l'inté rieur, le remplacer par des antidiarrhéïques, mais continu les frictions mercurielles (Jules Simon).

Traitement général indirect. — Administrer le mercu à la mère ou à la nourrice. Quand elles sont syphilitique administrer l'iodure de potassium ou faire des frictions me curielles à une chèvre ou à une ânesse.

Traitement local. — Plaques muqueuses : attouchemen légers avec le crayon de nitrate d'argent. Poudre d'iodoform Calomel. Ulcérations : lotions avec l'eau phagédénique Codex :

Sublimé corrosif	25 centigrammes.
Eeu de chaux	100 grammes.
Mêlez.	

Tumeurs osseuses saillantes : applications d'emplâtre Vigo. Décollement d'une épiphyse : immobilisation du fra ment avec un petit bandage inamovible légèrement compres laissé en place jusqu'à la consolidation. Si l'épiphyse complètement séparée du reste de l'os, l'enlever chirurgic lement comme un corps étranger (Taylor). (*Journal de cl et de Thérap. infant.*)

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 163.8.95.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

r un cas de hernie inguinale avec ectopie testiculaire ayant déterminé l'hystérie, l'éthéromanie et l'alcoolisme hez un homme de 32 ans. Guérison par la cure radicale le la hernie.

Par le Dr DELAGÉNIÈRE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris. Chirurgien au Mans,

et A. BOLOGNESIS,
Interne des hôpitaux de Paris.

A Cooper a donné le nom *d'irritabile testis* à une affecn dans laquelle le testicule peut être le siège de névrales dites essentielles, l'organe ne présentant aucune lén pouvant expliquer ce symptôme. A propos de ces nélgies testiculaires, Charcot et Terrillon ont montré qu'il uvait exister des orchialgies semblables aux névralgies ariennes de l'hystérie; un frôlement, la moindre presn de l'organe provoque dans ces cas une souffrance anissante et une crise nerveuse se déclare; la douleur née ns le testicule précède et annonce, comme l'aura, l'attaque ivulsive. Les neuropathologistes s'accordent tous à dire e chez un hystérique, le testicule peut en effet être le ge d'une hyperalgésie qui joue le rôle de zone hystéroie, l'hyperalgésie siégeant dans le parenchyme de l'orie. Le testicule douloureux peut-il, à lui seul, déterier l'hystérie chez un sujet non prédisposé et nullement puissance de la névrose? On a cité parmi les agents vocateurs de l'hystérie, les maladies des organes génix comme prédisposant à l'hystérie au même titre que tes les affections débilitantes.

Nous avons eu l'occasion d'observer un homme de 32 ans atteint de hernie inguinable congénitale avec ectopie testiculaire qui, à la suite des douleurs provoquées par cett hernie, devint hystérique.

Le testicule ectopié était le siège d'une hyperalgésie tel que la pression au niveau de la hernie provoquait instant nément une attaque paroxystique de grande hystérie co vulsive.

Cet homme à la suite des souffrances qu'il endurait ét également devenu alcoolique et ethéromane, double i toxication qui n'était pas faite pour atténuer sa névrose. l cure radicale de la hernie amena la guérison complète (tous les phénomènes présentés par le malade.

Voici son histoire :

Observation. — M. J. L..., âgé de 32 ans, demeurant Rennes, entre à la maison de santé du docteur Delagéniè du Mans, pour une hernie inguinale droite dont il veut débarrasser.

Antécédents héréditaires. — Les antécédents héréditair sont excellents. Les grands parents sont tous morts âgés. S père a 58 ans et jouit d'une santé parfaite. Sa mère a 60 a et se porte très bien. Il a un frère de 25 ans très bien portai Pas de nerveux, pas d'alcooliques dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfanc L..., qui s'est toujours bien porté, entre à l'âge de 14 a comme fondeur dans une usine de Rennes.

Vers 15 à 16 ans, il s'aperçoit qu'il avait par moment, su tout à la suite d'efforts, une petite grosseur douloureuse d l'aine droite ; cette douleur temporaire ne l'empêchait pas pratiquer son métier.

A 18 ans, il remarque avec étonnement qu'il n'avait qu testicule à gauche, bien que son scrotum soit parfaitem

ıformé, de grandeur normale, avec le raphé médian habi-
ɜl, etc. A cette époque, il s'était parfaitement aperçu que,
ns l'anneau inguinal droit, s'engageait par instant une pe-
e boule de la grosseur d'une noix, excessivement doulou
use quand on exerçait la moindre pression sur elle. A cette
oque, cette constatation lui fit changer de profession et il
ıtra comme commis chez un architecte de Rennes.

Cette nouvelle profession exigeant moins d'efforts que le
étier de fondeur, L..., vit tranquillement avec son affec-
ɔn sans présenter le moindre trouble dans sa santé géné-
.le.

Mais, à l'âge de 25 ans, à la suite de tracas et d'ennuis, il
ːvient un peu excitable, se fâche facilement, présente de la
ınnolence et de l'inappétence au travail.

Vers cette époque il s'était marié et sa femme, d'une excel-
nte santé, lui donna deux enfants, une fille âgée de 6 ans
un caractère très calme et un garçon de 5 ans un peu plus
f. Ces deux enfants, de même que la mère, ne présentent
ıcun symptôme de névropathie et jouissent d'une bonne
ınté. Cet état de facile excitabilité et d'irascibilité, reste peu
'ononcé jusqu'à l'âge de 26 ans, époque à laquelle la névro-
ıthie de L... fait des progrès, car sa hernie s'était dévelop-
ɜe, était devenue plus douloureuse et le malade commen-
ıit à s'en inquiéter.

Le matin en se levant, L... ressentait une douleur vive au
veau de sa grosseur et était pris d'une crise nerveuse qui
ımmençait par des bouffées de chaleur dans la tête, des bat-
ments dans les tempes, une sensation d'angoisse et des
ıénomènes d'étouffements qui semblaient résulter d'une
ıule qui partait de son côté droit et lui montait dans la gorge,
is il était pris de contractures des membres et la crise qui
rait environ une demi-heure au maximum se terminait par
e agitation des membres, suivie d'une abondante émission
rine et tout rentrait dans l'ordre.

I est bon de dire qu'à cette époque, à cause de ses crises

nerveuses, le malade était devenu éthéromane, l'éther am
nant un soulagement à son état.

De plus, avec l'état nerveux, l'appétit avait diminué et l'ina
pétence était telle que pour remédier à cette anorexie, L
s'était mis à boire tous les matins et le midi, une tasse
café noir très fort dans laquelle il ajoutait à chaque fois
bon verre d'eau-de-vie à 50 degrés, puis il faisait des tre
pettes de pain dans ce café alcoolisé.

Ce régime n'avait fait qu'accroître l'anorexie et le mala
continuant à souffrir et à présenter des phénomènes nerve
se décida à aller consulter un médecin de Rennes qui le r
sura lui disant que cela n'était rien et que, par une médicati
bromurée, tous ces symptômes nerveux disparaîtraient; p
sa hernie, il n'en fut pas question, et on ne parla ni de b
dage ni d'opération. L'état du malade ne fut nullement an
lioré, le régime du café alcoolisé et de l'éther fut continué
le malade finit par présenter, vers 30 ans, des phénomèn
nullement douteux d'alcoolisme. De temps à autre, il av
des pituites le matin, avec pyrosis, mais sans cauchemar
nuit, le sommeil était ou bon ou nul; parfois L... se plaign
de crampes dans les jambes.

Son état continuant à l'inquiéter, L... conseillé par un op
du docteur Delagénière pour une hernie avec ectopie testi
laire, se décide à venir au Mans pour se faire opérer. L...
examiné et le docteur Delagénière, en explorant la hern
voit tout à coup le malade pousser un cri, par la douleur ca
sée par la pression, puis ses muscles abdominaux sont p
de trémulations qui montent par ondes successives jusq
l'épigastre; le malade, anxieux, est en proie à une sensat
d'étouffement, comme si quelque chose le serrait au cr
épigastrique puis viendrait lui serrer la gorge; enfin il
pris de convulsions toniques, puis de convulsions clowniq
pendant quelques instants et tout se termine bientôt s
morsure de la langue, sans écume de la bouche, sans s
meil et sans obnubilation du malade qui garde sa conn

lant toute la crise dont la durée est d'un quart
haque pression exercée au niveau du testicule ecto-
elle l'accès paroxystique. Le docteur Delagénière
fait et m'en parle le lendemain jour de l'opération.
est tout préparé et je me dispose à lui administrer
orme. Je trouve le malade dans un état d'agitation
oute la nuit il a pensé à son opération et n'a pas
rainte est excessive ; il est agité d'un tremblement
e que m'a appris Delagénière, à propos des crises
s par la pression au niveau de la hernie, me fait
hystérie, car les antécédents alcooliques du malade
inconnus, L... ne s'en étant nullement vanté. Aussi
rmisation se faisant vite et bien chez les nerveux,
adons le malade par le raisonnement, lui disant
e rapidement endormi et ne s'apercevra de rien.
ice à lui appliquer le masque de l'appareil de Junc
ut de quelques instants, le sujet est pris d'une exci-
aordinaire avec mouvements désordonnés, jactance
sueurs abondantes. Au bout de deux à trois minutes
ormisation, l'excitation diminue un peu et on monte
sur la table d'opération. La chloroformisation est
mais la période d'excitation se prolonge pendant
rée de l'opération ; la résolution musculaire et l'in-
sont obtenues, mais le malade ne dort pas et parle
. Cependant, il n'accuse aucune souffrance et l'opé-
ectue sans alerte. Mais le moment psychologique
ec l'intervention testiculaire. L'opérateur touche
et exerce une pression sur cet organe, pression
ine une légère douleur accusée par le malade, mais
ne pas de crise convulsive hystérique comme à l'état
chloroforme a enlevé le pouvoir hystérogène à la
sticulaire.

tion faite par le docteur Delagénière a été ainsi
:

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION :

Opération le 1er septembre 1894. — Chloroforme p M. A. Bologuesi, interne des hôpitaux de Paris; assistan par M. Crétin. Je pratique une incision de 10c sur le tra du canal inguinal, puis recherche le sac en incisant succ sivement les différents feuillets. Le sac est alors ouv puis le testicule recherché. Ce dernier est complétem caché dans l'abdomen, en arrière du pubis; pour l'attein je suis obligé d'inciser la paroi abdominale dans une éten de 4c environ, je puis alors amener le testicule dans la p et l'enlever en formant au-dessous un pédicule sur un boucle passée (1). Je dissèque puis résèque le sac, et péritoine qui circonscrit l'ouverture faite à l'abdomen; e je referme la plaie par une suture à 3 étages, comme p une laparotomie. Je fais ainsi un surjet au catgut su peritoine, reconstitue la paroi et le canal inguinal 9 points de sutures doubles au catgut, enfin je réunis la p avec des crins de Florence sans faire de drainage; pa ment avec compresses stériles et ouate stérélisée : duré l'opération, 35 minutes chloroforme environ : 30 gram

Pièce. — Le testicule enlevé a son volume normal, pididyme est atrophié et le canal déférent semble s'a cher directement dans la glande — Pas d'autre partic rité.

Suités opératoires. — L'opération a eu lieu le 1er septe 1894 à 11 heures du matin, et le soir le malade encore le coup de la chloroformisation était somnolent et n plaignait de rien, sa température était de 37°2. La nui

(1) Voir pour la description du nœud à boucle passée *Arch. de chir.*, mars 1895, p. 187 et suivantes.

ıe et le lendemain 2 septembre, le malade avait comme ›érature matinale 37 degrés. Tout à coup, vers deux es de l'après-midi, le malade se réveille en sursaut et ris d'une agitation extrême avec mouvements désor- ıés et il pousse des cris effroyables.

répond cependant aux questions qu'on lui adresse et raconte que des cauchemars affreux viennent trou- son sommeil. Des personnes ennemies lèvent son lit, ennent et cherchent à le tirer hors du lit et à le jeter la fenêtre. Puis des animaux qu'il compare à des arai- s très grosses, du volume du poing, se promènent sur it, courent sur lui et il cherche à s'en débarrasser en sant des grands cris. Son agitation est continue; ce- ant la température vespérale est de 37°1. La nuit est agitée, le malade est en proie à un délire furieux et le ı la température est de 37°7. La journée est semblable, vers le milieu de la journée, la température s'est éle- ı 41 degrés. Le malade cherche à sortir, se débat, est ert de sueurs, ses yeux sont hagards, il ne reconnaît les personnes qui sont autour de lui et ne répond pas questions qu'on lui adresse. Nous venons voir le ma- à 6 heures du soir et en présence des phénomènes a présentés, de l'aspect du malade, nous n'hésitons pas e le diagnostic de delirium tremens et nous traitons le de dans ce sens. On lui applique la camisole de force ment serrée afin d'éviter des accidents et on fait sur- r attentivement le malade par une sœur qui ne quitte e lit du délirant, et est chargée de lui administrer des ons alcooliques et une potion opiacée jusqu'à concur- de 0 gramme 20 centigrammes d'extrait thébaïque 4 heures. Grâce à ce traitement, la nuit est meilleure, npérature matinale du mardi 3, est redevenue normale, dans la journée le malade continue à être encore agité nte le soir à 38°7. On ne remarque rien d'anormal du

joue le rôle parfait de zone hystérogène pouvant amener la grande attaque convulsive de l'hystérie. La cure radicale de la hernie avec extirpation du testicule peut amener la guérison complète des phénomènes névropathiques. La conservation du testicule en pareil cas pourrait être dangereuse, car on laisserait en place un organe, qui, même sain en apparence et assez développé pour rendre des services au sujet, pourrait être une cause persistante de la névrose.

Traitement des abcès du conduit auditif,

Par le Dr A. Courtade,
ancien interne des hôpitaux.

Le conduit auditif externe est assez fréquemment le siège d'affections inflammatoires localisées et primitives, comme les abcès et furoncles.

Bien que dans l'immense majorité des cas les abcès du conduit n'entraînent point la mort — on a cité cependant des issues mortelles par phlébite du sinus latéral — ils réclament pourtant un traitement méthodique tant à cause de la violence des douleurs que par la longue durée de l'affection abandonnée à sa marche naturelle.

Personne n'ignore, en effet, que les furoncles ont une grande tendance à se multiplier par suite de l'inoculation des microbes pathogènes dans les régions voisines du furoncle primitif ; aussi, y a-t-il grand intérêt à combattre l'affection avant qu'elle n'ait gagné les parties voisines du point de départ.

La distribution anatomique des poils et glandes du conduit détermine le siège de ces phlegmasies du méat, puisque

es abcès et furoncles ne sauraient se produire là où il n'y . ni glandes ni follicules pileux; on peut donc les observer lans toute la portion cartilagineuse du conduit. Dans la artie osseuse il n'y a qu'une région très limitée qui est ourvue de ces annexes du système cutané; c'est une languette de 3 millimètres environ de largeur qui parcourt la ace supérieure du conduit et qui se continue jusqu'au tympan; cette bande cutanée pourvue de glandes peut donc tre le siège d'abcès très profonds. Nous avons observé seuement quelques cas d'abcès siégeant à la face interne du ragus; le plus souvent, c'est le conduit auditif proprement lit qui en est le siège primitif.

Comme nous n'avons point l'intention de traiter à fond e chapitre, nous serons bref sur l'étiologie. Généralement, es abcès du conduit succèdent à une lésion de grattage ar des corps rugueux qui éraillent l'épiderme, lésion qui ert de porte d'entrée aux nombreuses variétés de microbes, ui existent normalement dans le cerumen. Pasteur a démontré que le pus des furoncles contenait le micrococcus yogènes aureus. Certaines lésions de la peau du conduit failitent cette inoculation, notamment l'eczéma et la dermaite qui survient dans les otites suppurées anciennes, soit arce que le prurit qui accompagne ces affections oblige à n grattage impérieux, soit parce que l'altération de la peau ffre un terrain propice à l'inoculation spontanée des sécrétions infectieuses.

Nous n'avons point observé, comme certains auteurs ont signalé, des épidémies de furoncles pas plus que la rédominance de cette affection du conduit à certaines époues de l'année.

On peut diviser la marche des furoncles et abcès du conuit auditif en trois périodes, ce sont : la période de début . d'état latent; la période où l'abcès est manifeste et enfin période de déclin.

Nous serons brefs sur les symptômes généraux qui so ceux qui accompagnent toutes les inflammations localisé tels que : douleur, fièvre, insomnie, perte d'appétit etc etc., dont l'intensité variable est subordonnée au siè et à l'étendue de la lésion, à l'âge et au tempérament d sujet.

Ces symptômes qui n'ont rien de caractéristiques do vent céder le pas devant les symptômes objectifs qui, seul nous permettent d'établir le diagnostic et de diriger la thé rapeutique,

Au début, le malade se plaint de douleurs lancinante plus ou moins vives dans le conduit auditif. A l'examen on peut ne constater qu'un léger gonflement étendu à un assez grande surface de la couche cutanée ; si le malad n'a pas déjà traité à sa manière, ce qui est fréquent, le douleurs, par des instillations huileuses ou autres, on peu observer la rougeur de la peau ; dans le cas où des bain ou instillations répétés ont été faits, la couche épidermiqu imbibée se desquame et forme une nappe blanche pe adhérente.

Dans cet état, il est bien difficile, dans la plupart de cas, de déterminer le siège exact de l'abcès, en raison d l'étendue du gonflement qui est à peu près uniforme su une grande surface ; l'œdeme ou l'infiltration collatéral vient masquer la saillie légère que ferait l'abcès à so début.

On peut alors essayer de faire le diagnostic du siège d l'abcès par l'exploration avec le stylet boutonné. Le specu lum auris étant introduit avec précaution, on cherche ave le bout du stylet quel est le point du conduit dont la pres sion est la plus douloureuse ; le siège du maximum de dou leur à la pression donne une indication et non une certi tude. Fréquents sont les cas où le malade accuse une dou leur égale quand on comprime des points opposés ou éloi

gnés l'un de l'autre, ce qui enlève toute valeur aux renseignements fournis par le patient.

Cet état d'incertitude peut persister plusieurs jours, mais généralement du 3ᵉ au 5ᵉ jour la tuméfaction s'accentue au niveau de l'abcès et forme un relief assez accusé pour qu'il n'y ait point d'hésitation sur le siège de la phlegmasie.

Tandis que le point de départ des abcès peut être la couche la plus profonde des glandes très nombreuses qui garnissent le conduit auditif, (ce qui explique la diffusion de l'œdème collatéral), le furoncle lui, est plus superficiel puisqu'il siège au niveau des follicules pileux ; aussi, la période d'état latent est-elle plus courte.

Le furoncle forme une saillie acuminée très nette quand il est unique, mais s'accompagne aussi de gonflement périphérique plus ou moins étendu, quand il a infecté les régions voisines par inoculation du pus. Il est fréquent de voir deux furoncles ou plus, siégeant sur les parois opposées du conduit et à des périodes différentes de leur évolution.

A la période d'état, l'aspect du conduit est des plus variables ; cela dépend du nombre, du volume et du siège des abcès ou furoncles.

Si le furoncle est unique et siège à l'entrée du méat, il forme une saillie arrondie qui transforme la lumière ronde du conduit en un espace en forme de croissant dont il occupe la concavité.

Si deux furoncles occupent les parois opposées, l'espace libre, a la forme d'un sablier dont la partie la plus étroite correspond aux sommets des furoncles.

Dans d'autres cas, l'entrée du méat est complètement obturée et rend toute exploration profonde impossible.

Nous avons vu plusieurs cas où l'abcès était allongé suivant l'axe du conduit et dont l'extrémité extérieure ve-

nait affleurer l'entrée du méat; en général, cette forme siège sur la paroi inférieure.

Le conduit auditif peut être libre dans sa moitié externe, quand l'abcès siège sur la bande cutanée de la paroi supérieure et près du tympan. Cette forme de furoncle ou abcès peut provoquer, comme Walb l'a indiqué, une otite moyenne suppurée soit générale, soit limitée à l'attique; son importance clinique découle de la gravité de cette complication.

Lorsque l'affection n'a pas été soignée à temps, elle peut s'étendre à tout le conduit auditif qu'elle obture presque complètement; sa durée est alors illimitée; car un abcès est-il guéri, que la région voisine s'enflamme à son tour et continue le cycle inflammatoire, de sorte que le patient souffre des semaines et même des mois. Il est vrai que, généralement la violence des douleurs le réveille de son indifférence et l'oblige à se soigner plus tôt.

La troisième période, ou de déclin ne mériterait pas une mention spéciale, si elle n'était marquée par un retour agressif de l'affection, assez fréquent, quand le malade cesse trop tôt les pansements, parce qu'il se croit complètement guéri.

Le diagnostic différentiel des abcès du conduit ne présente pas, le plus souvent, de grandes difficultés.

Un simple coup d'œil suffit, dans bien des cas, pour établir l'existence ou l'absence d'un abcès dans le conduit. Il n'en est pas de même au début d'un abcès qui se forme dans les régions profondes du derme, la période latente peut alors durer plusieurs jours.

En pareille circonstance on pourrait le confondre avec les douleurs névralgiques du conduit qui sont si fréquentes dans la carie dentaire, les laryngites tuberculeuses, les affections malignes de la langue. Mais dans l'otalgie, le conduit auditif est normal comme aspect; pas le moindre gonflement des parties molles, pas de rougeur; la pression

avec le stylet réveille une douleur assez vive quand on presse sur l'une des parois, généralement la postérieure; de plus, les douleurs sont, ou franchement intermittentes ou apparaissent à l'occasion d'un mouvement de déglutition (tuberculose laryngée) ou du contact de la carie dentaire avec un corps dur ou froid.

Il survient parfois dans le cours des otites suppurées un gonflement notable des parties molles du conduit que l'on pourrait prendre, à un examen superficiel, pour un abcès au début, d'autant plus que celui-ci peut se produire dans pareilles conditions.

Dans l'otite externe secondaire, le gonflement peut occuper une très grande étendue; il est plus marqué dans le voisinage du tympan là où les abcès ne se rencontrent pas (sauf sur la paroi supérieure), que près de l'orifice externe du méat qui est le siège de prédilection des abcès et furoncles.

Traitement. Le traitement des abcès et furoncles du conduit doit être étudié à chacune de ses périodes.

On peut essayer de faire avorter l'abcès en badigeonnant la partie enflammée avec une solution de nitrate d'argent au 1/10, ou en y plaçant une boulette d'ouate hydrophile imbibée de glycérine phéniquée au 1/20 ou de salol camphré, etc.

Depuis 1893 (1), nous employons le tubage qui consiste à introduire dans le méat un drain de caoutchouc à paroi épaise et d'un diamètre assez grand pour que les parois du conduit soient légèrement dilatées. La compression permanente qu'exerce le tube, favorise la résorption de l'infiltration et, dans bien des cas, peut faire avorter l'abcès. Cette heureuse terminaison ne se produit que lorsque le tubage est employé dans les premiers jours, avant la formation

---

(1) *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, 1893.

du pus; plus tard, il n'empêche pas la collection de se former, et peut même la refouler en dehors du conduit, derrière le lobule.

Les douleurs qui suivent l'introduction du tube peuvent persister quelques heures ou une journée, puis disparaissent si l'infiltration se résorbe.

Dans le cas, au contraire, où le pus se collecte, les douleurs peuvent être continues et obliger à retirer momentanément le tube afin de laisser à l'abcès une place suffisante pour former une tumeur saillante dans le conduit auditif.

Les douleurs acquièrent chez certains malades une violence extrême qui leur enlève tout repos. Les moyens de les combattre sont nombreux : application de 2 à 3 sangsues au devant du tragus, réplétion fréquente du conduit auditif avec de l'eau boriquée chaude, cataplasmes faits avec une solution antiseptique et appliqués sur l'oreille.

Parfois l'application du froid procure un soulagement qu'on n'obtient pas avec la chaleur; la réfrigération intermittente peut être produite par l'application de compresses imbibées d'eau très froide ou de l'appareil de Leiter qui est composé d'un tube métallique roulé en spirale, dans lequel circule continuellement de l'eau qui provient d'un réservoir placé au-dessus de la tête du malade.

Les agents médicamenteux introduits dans l'oreille sont variés. En dehors des solutions antiseptiques chaudes, l'alcool absolu est employé par Weber Liel, Urbantschitsch; M. Gellé fait instiller dans l'oreille la solution suivante : sulfate neutre d'atropine 20 centigrammes, eau 20 grammes; Gruber emploie une des formules ci-dessous :

Acétate de morphine................	20 centigr.
Eau distillée........................	20 grammes.

ou

Extrait thébaïque....................	20 centigr.
Eau distillée........................	20 grammes.

Il emploie aussi des ovules à base de gélatine contenant hacun 1 centigramme de chlorhydrate de morphine ou de ocaïne.

Politzer introduit dans le méat une boulette d'ouate imibée de quelques gouttes de la solution suivante :

Laudanum de Sydenham............	4 grammes.
Eau distillée..........................	40 —

u bien un morceau de lard taillé en pointe et enduit de la ommade suivante :

Acide borique......................	1 gramme.
Acétate de morphine................	20 centigr.
Vaseline............................	20 grammes.

Dans bien des cas, au lieu de s'attarder à ces moyens alliatifs, il y aura intérêt à intervenir plus énergiquement.

Une question se pose qui n'a pas encore rallié l'avis unaime des auristes, c'est celle de l'ouverture de l'abcès, à la ériode latente, alors que le diagnostic de siège ne peut être osé avec certitude. Les uns, comme Politzer Hartmann ont partisans de l'incision précoce, d'autres attendent que e pus se soit collecté et ait formé une saillie appréciable. Nous avons pratiqué, à plusieurs reprises, une incision sur e point où nous croyions, d'après l'examen, que le pus evait se trouver; il ne sortait que du sang, mais les doueurs étaient diminuées par l'opération. Ce mode d'interention bénin mais douloureux, peut donc être utile dans ertains cas en préparant une voie de sortie au pus qui est ans le voisinage.

A la deuxième période, lorsque l'abcès forme une saillie vidente, il n'y a pas lieu d'hésiter, il faut ouvrir la collecion. Puis, si la tuméfaction est telle que le conduit auditif st presque fermé, on doit pratiquer à nouveau le tubage ui permet de faire des injections antiseptiques.

On comprend sans peine que, lorsque le gonflement inflammatoire est assez prononcé pour obturer le méat, les injections ordinaires ne peuvent pénétrer au-delà de l'obstacle pour en chasser le pus; c'est pour cela que Politzer les proscrit en les accusant de provoquer de nouveaux abcès; mais il n'en est plus de même lorsque le conduit est dilaté par l'application d'un tube qui permet au liquide antiseptique de balayer le pus qui séjourne dans le fond et d'éviter ainsi de nouvelles infections.

On le laisse en place tant qu'il s'écoule du pus ou lorsqu'il n'y a plus à craindre que le conduit s'obture à nouveau.

Lorsque l'abcès est situé à l'entrée du méat le tubage est souvent inutile; il suffit alors, après incision, de badigeonner l'intérieur de la poche avec un petit tampon d'ouate imbibé de salol camphré pour amener une guérison rapide; on y adjoindra un pansement avec de la gaze iodoformée que l'on changera au moins tous les jours.

Le traitement des abcès à la troisième période ne diffère en rien de celui de la période d'état; il faut seulement se rappeler que les pansements ne doivent pas être abandonnés trop tôt, si on ne veut pas voir une rechute se produire.

Après la guérison de l'abcès, l'épiderme du conduit se desquame, le prurit est plus ou moins intense. Il faut se garder de calmer la démangeaison en grattant avec un corps rugueux qui peut excorier la peau et provoquer une nouvelle inflammation. On calmera le prurit en introduisant dans le méat une boulette d'ouate ou une petite éponge imbibée d'une solution chaude de sublimé ou d'acide borique et en faisant ensuite une onction avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc........................	1 gramme.
Vaseline blanche......................	10 grammes.

On ne doit pas oublier non plus que les débris épidermiques peuvent s'accumuler dans le fond du conduit, tout près du tympan, et donner lieu à une diminution de l'ouïe.

Si l'abcès du conduit se complique d'otite moyenne, il faudra diriger le traitement contre cette complication.

Dans certains cas, relativement rares, les abcès et furoncles du conduit apparaissent dans le cours de l'otite moyenne suppurée soit sans raison appréciable, soit à la suite de pansements irritants ou l'usage de poudre d'acide borique ou d'iodoforme.

Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons exposé; le tubage est alors formellement indiqué pour donner issue au pus qui provient de l'oreille moyenne ; les injections antiseptiques avec le sublimé ou l'acide borique ou la microcidine, la résorcine etc., seront pratiquées assez fréquemment pour empêcher la stagnation du pus.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ III

MÉTHODE MÉDICALE — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Il est intéressant de connaître et de suivre la méthode clinique de la médecine annamite. J'ai souvent accompagné des praticiens indigènes dans leurs visites de clientèle, et j'ai eu la bonne fortune de suivre l'un des médecins

très réputé de Dap Lau. Cette localité située aux portes d Bac-Ninh, ancienne résidence d'été du vice-roi du Tonkin est restée un centre intellectuel, un foyer de civilisation d'éducation très Annamite.

La base du diagnostic, c'est l'examen du pouls.

L'examen du pouls est doctrinal et bien réglé, il se fa avec les trois doigts, index, médius et annulaire, posés su la radiale.

Cet examen se fait aussi, mais plus rarement, et dan certains cas spéciaux, la folie par exemple, au niveau d l'artère temporale, ou encore des carotides et de la pé dieuse.

L'opération se fait avec un certain cérémonial. Le ma lade est couché, l'un des bras est étendu la paume de l main en haut « supination » ; un coussin glissé sous l coude maintient le membre immobile et bien horizontal.

Il n'est pas indifférent de tâter le pouls à droite ou gauche. L'examen doit débuter à droite pour les hommes et par la radiale gauche chez les femmes ; les sept esprit de l'homme siégeant d'un côté du corps, et les neuf esprit de la femme de l'autre côté.

Les données fournies par les deux radiales sont diffé rentes, nous le verrons.

L'artère est saisie des trois doigts, et légèrement com primée sur le plan osseux, puis lâchée et reprise, po saisir toutes les nuances de ses pulsations. Ceci fait, médecin indigène pianote pour ainsi dire l'artère, il l'aba donne successivement de l'un ou de l'autre des doigts, po substituer à l'impression première générale, celle produi successivement sur l'index, le médius ou l'annulaire isolé

Au point de vue Annamite, ce dernier détail a une im portance capitale. Chacun des doigts explorateurs touc en effet une région différente du pouls, qui répond à d organes bien déterminés.

La partie la plus proche de la main répond au cœur, et renseigne sur son état, la partie extrême, la plus rapprochée de la racine du bras répond au rein, la partie moyenne intermédiaire renseigne sur l'état du foie. Ceci pour la radiale gauche. Si nous interrogeons le bras droit, nous aurons les données suivantes : le pouls répond successivement de haut en bas, à l'estomac, au poumon et à la vessie.

Le pouls ainsi exploré donne naissance à des distinctions qui ne sont pas sans rapports avec nos vieilles et multiples nuances sur le même sujet.

Les Annamites décrivent avec complaisance un pouls petit et intermittent qu'ils comparent, non sans une certaine joliesse, au moineau qui picore le grain, ce pouls est d'un pronostic fâcheux. Une autre variété est assimilée à l'eau qui tombe goutte à goutte d'une toiture.

Selon le caractère du pouls examiné avec trois doigts ou un seul, selon le côté sur lequel a porté l'examen, se fait le diagnostic.

Le pouls examiné àdroite chez un homme, est-il parfaitement senti de deux des doigts, imparfaitement de l'autre, c'est l'intestin qui est malade.

Chez l'enfant le pouls n'est pas examiné à la radiale, mais à la temporale. Le plus souvent on substitue à cet examen celui des plis de flexion des doigts. Chaque pli de flexion des phalanges a son nom, nous l'avons vu : Khi, Menh, Phan, tels sont ces noms.

Le diagnostic est tiré ainsi que le pronostic, de la couleur des vaisseaux vus par transparence à ces divers niveaux.

Si le premier pli de flexion de la première phalange sur le métacarpe est violet ou bleu, la maladie est curable, si le pli au-dessus a la même couleur, le cas est déjà plus

grave, si le troisième pli de la dernière phalange sur la deuxième prend la même teinte, le pronostic est fatal.

A côté du pouls, les signes extérieurs sont souvent fort bien notés, assez pour permettre de placer une étiquette sur toutes leurs espèces.

La toux, l'aspect du visage, la température, l'habitus extérieur, l'aspect et la couleur des déjections sont fort bien indiqués. La diarrhée lientérique, par exemple, est bien précisée par le caractère spécial des selles.

Les maladies éruptives sont parfois l'objet d'une spécialisation poussée très loin des caractères de l'exanthème. La variole par exemple qui est fort bien étudiée, étant très répandue, est fouillée dans les moindres détails de l'éruption.

Les livres de médecine figurent avec un pronostic différent les éruptions confluentes et discrètes. La forme et la couleur des boutons sont des signes bien indiqués. La forme hémorragique est différenciée de la papule régulièrement ombiliquée. De nombreuses figures sont jointes au texte.

L'on voit à côté de ces distinctions légitimes d'autres qui sont puériles, ce sont celles qui portent sur le point d'origine de l'éruption.

Si l'exanthème débute autour de l'ombilic, ce sera une forme grave, si le nez est le premier pris, il n'y a pas de complications à craindre.

Ainsi donc, toujours le même mélange intime d'expérience et de pénétration, et d'idées *à priori*, de données aussi imprévues que formelles et absolues.

La température du corps entre en ligne de compte dans l'examen clinique. Elle est appréciée au toucher, comme chez nous avant les instruments précis, avec le dos de la main.

L'état de sécheresse ou de moiteur de la peau est noté en ème temps.

Le diagnostic est donc souvent basé sur tout un en-mble de symptômes, prenons un exemple : Pouls faible. faut appuyer jusqu'à l'os pour le sentir : manque d'appétit toux, maladie due à la mauvaise nourriture.

Le nom même des maladies porte le cachet de cette mé-)de des signes extérieurs et frappants.

Le leucome s'appelle œil blanc. L'allure rapide d'une ıladie est indiquée par le nom. La syphilis grave d'emblée rte, après le terme générique *Tim, la* le qualificatif, qui ate comme un pétard. Une autre maladie sera désignée r cette appellation : qui galope comme un cheval.

Les maladies sont groupées par classes, l'on retrouve ns la classification la préoccupation de l'étiologie.

La classe la plus nombreuse est celle des maladies dues *Thông Phong*, ou mauvais vents. Les mauvais vents se risent en vents chauds, humides et froids, qui se combi-nt diversement pour produire les maladies. La variole ıtre dans cette classe, avec, en général, toutes les mala-s épidémiques. Toutes les maladies qui font partie de te classe portent le nom générique suivi d'une courte scription qui sert de nom spécifique.

Une seconde catégorie importante est celle des maladies es à la mauvaise eau : la fièvre palustre, les diarrhées font partie.

La mauvaise eau est la constante préoccupation des indi-nes dans toutes les classes, pour eux, en dehors de la alité réelle de l'eau, le changement, le seul fait de boire e eau différente de celle accoutumée est un danger. L'es-nac et l'organisme habitués à une eau, se révoltent de gestion d'une eau étrangère.

La médecine annamite a prévu des médicaments qui vent remédier à ces inconvénients. L'un d'eux, le plus

usuel, est une forme de plantes aromatiques, il y entre du fenouil et du gingembre. Nous avons encore la classe des maladies dues à la mauvaise nourriture, et celle des affections vénériennes. Si nous jetons un coup d'œil sur cette classification, nous ne serons pas loin des deux grandes étiologies autrefois invoquées, *ingesta* et *circumfusa*.

Une dernière classe enfin qui méritera une étude à part nous plonge en plein moyen âge, c'est celle des maladies surnaturelles dues aux mauvais génies, aux Ma 9.

Pour terminer, citons encore une méthode clinique spéciale, qui fait école. Le pronostic est basé sur le seul examen du visage, c'est la méthode du médecin Hoa da.

Cette école porte des pronostics d'une précision audacieuse qui étonne notre modestie occidentale. Les disciples de Hoa Da, non seulement prédisent la guérison ou la mort, mais affirment avec autorité la mort à un jour près.

Ces pronostics sont groupés en une table, que l'on consulte avec l'absolue confiance d'un table de logarithmes. Le médecin devient un mathématicien, et le patient un simple problème. Voici quelques exemples « si le visage est jaune et les yeux verts, le malade ne meurt pas, mais si les yeux sont verts comme la feuille de citrouille, le malade succombe.

« Si le visage est jaune, et les yeux blancs, le malade ne meurt pas; mais si les yeux sont blancs comme les os d'un mort, le malade mourra.

« Si le visage est rouge, et les yeux blancs, mort en six jours, si la bouche est ouverte, mort en deux jours ».

Voilà une méthode bien précieuse, sur laquelle nous avons je crois le droit de faire nos réserves, malgré notre respect pour Hoa Da.

Ajoutons, pour être complet, que beaucoup de nos confrères versent dans la divination.

Au lieu de consulter le pouls, ou le visage, ils croient

de consulter le *Y King*, ce livre de divination
ıi est aussi respecté au Tonkin. Le *Y King* règle
nd à tout, et le divin Confucius regrettait de n'avoir
e cent ans à vivre, après sa carrière si bien rem-
les consacrer à l'étude de ce merveilleux livre.
siste pas sur le *Y King*, je renvoie le lecteur cu-
livre de Réville sur la religion chinoise.
je veux cependant faire remarquer, c'est qu'il ne
ıas prendre la consultation du *Y King* pour un
ur charlatanisme.
du *Y King* (1) fait partie de la science officielle, il
lté en politique, comme en médecine; il règle la
les peuples, comme celle des individus.
onc en résumé, si nous faisons la part de quelques
s, la méthode clinique des Annamites n'est pas
née de notre vieille médecine.
lecine annamite est autre chose qu'un amalgame
ues ridicules, comme on est parfois tenté de le

ement elle a ces étrangetés qui évoquent les toits
des pagodes, et les dragons fantastiques, mais
ouve aussi des recherches laborieuses, une mé-
i ne laissent pas oublier le peuple industrieux et
ıi nous a précédés de longtemps dans les sciences
ustries.

---

meux *Y King* est un des livres sacrés de la chine, Fou
eur des temps antiques en serait l'auteur.
s |———| principe mâle, et |—| |—| principe fe-
rsement combinés donnent naissance à des trigrammes,
mbinaisons forment 64 hexagrammes définitifs. Chacun
agné d'une explication due à Houen, père de la dynastie
. Le *Y King* renferme pour les chinois la réponse à tous
ıes. La vapeur s'y trouvait prévue, disent-ils (*Reville Loc.*

§ IV

THÉRAPEUTIQUE — INTRODUCTION

Nous allons aborder l'étude de la thérapeutique annamite ; nous sommes là en présence d'une telle complexité de faits qu'un choix s'impose, et qu'il faut, pour ne pas s'égarer, une direction bien déterminée.

Quand on étudie la médecine jaune, l'on est d'abord noyé sous l'abondance des matériaux, étonné par l'étrangeté souvent plus apparente que réelle des méthodes employées. Peu à peu, cependant, ce chaos se classe ; on voit plus clair dans ce fatras.

J'ai tenté de classer les médicaments dans les groupes suivants :

1° Médicaments qui se rapprochent des nôtres, soit par leur nature même, soit par leurs effets;

2° Médicaments qui sont sous l'étroite dépendance d'idées philosophiques ou religieuses;

3° Médicaments étranges;

4° Médicaments qui s'adressent aux maladies surnaturelles, diaboliques.

Tous les peuples à leur enfance ont eu, au berceau même de la civilisation, cette idée que la Providence avait placé près du mal le remède.

Tous ont cherché dans les vertus des plantes des principes curateurs. Nous retrouvons partout la médecine par les simples, parfois chez les peuples arriérés, celle-là seulement.

A cette première idée simple est bientôt venue se joindre celle plus compliquée : que la façon dont les plantes étaient

que le rituel de leur préparation pouvaient avoir
rtance.
emiers guérisseurs ont eu l'inquiétant scrupule
ovidence, que les génies qui avaient donné à l'hu-
es plantes utiles, exigeaient une méthode spéciale
· récolte.
stes à outrance, les premiers thérapeutes ont peut-
é aussi aux plantes elles-mêmes une personnalité
le, des préférences et des sympathies respectables,
ient être respectées.
idées naissent le ritualisme, les mille précautions
t de lieu, qui président à la récolte des simples.
préoccupation de la forme, que nous retrouvons
s, depuis l'antique récolte du gui sacré et souve-
qu'au moyen âge et ses merveilleux philtres, nous
rons à tout moment dans notre étude.
un pas, et de l'animisme naïf primitif, nous pas-
symbole; du symbole découle la médecine des si-

ibole est de toutes les médecines antiques.
decine des signatures est basée sur l'idée de con-
ui peut exister entre les objets et les choses, con-
le nom, de forme, d'action.
acine de mandragore, parce qu'elle semble figurer
humain, remédie chez tous les peuples à la stéri-
emmes (1) ».
édecine symbolique domine la civilisation égyp-
qui la pousse vers les thérapins aux extrêmes
Rome, la Grèce, notre moyen âge, sont imprégnés
thérapeutique, et nous verrons son rôle considé-
ns la médecine annamite. Partie de ces idées, la

. *Crime rituel.*

thérapeutique subit dans les âges l'influence de deux facteurs importants; l'expérience et le hasard.

L'expérience ajoute ou élimine jusqu'à réalisation de la forme définitive. Le hasard, ce grand maître dont l'antiquité faisait un dieu, livre les secrets de la nature, et donne en se jouant des chimères qui hantent l'alchimiste, et comme malgré lui, le phosphore et tant de corps utiles.

Ces deux facteurs nous les trouverons dans l'étude de la thérapeutique annamite.

Dans l'histoire de notre médecine, une autre influence se retrouve, très réelle, c'est celle de l'imitation, c'est l'apport de la science des voisins, telle la poussée que nous devons aux Arabes. Cette influence est dans la médecine annamite rare, et toujours masquée par l'exubérante originalité nationale. Je ne compte pas comme emprunt ce qui vient de Chine, car les deux civilisations sont étroitement indépendantes.

La médecine annamite, comme toutes les autres, a subi l'évolution que nous venons d'esquisser, grâce au génie conservateur de la race, nous trouverons bien marquées toutes ces étapes. C'est en les respectant que nous étudierons la science des médicaments. Les livres de médecine, œuvres des premières dynasties, ont échappé à toutes les tribulations, à tous les orages politiques, ils sont l'une des sources les plus pures, et les plus anciennes pour l'étude de la civilisation sino-annamite. Monument où chaque siècle a porté sa pierre, nous y trouvons la trace de l'évolution des esprits.

Toute l'histoire philosophique d'un peuple se trouve, pour qui veut l'en dégager, dans les pages jaunies par le temps, usées par les générations studieuses, de la médecine jaune.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital Cochin.)

M. Gilles de la Tourette

Traitement de la morphinomanie.

Le Dr Gilles de la Tourette, à propos d'une malade morphinomane guérie par la suppression brusque de la morphine, étudie la morphinomanie et en indique ainsi le traitement :

Il existe deux grandes méthodes de traitement pour la démorphinisation ; la suppression brusque du toxique qui consiste à priver immédiatement le malade de sa morphine, et la suppression lente de cet alcaloïde c'est-à-dire en diminuant progressivement la dose de la morphine.

Ces deux méthodes de traitement ont chacune leurs indications.

D'une façon générale, lorsqu'on a affaire à des malades prenant une dose quotidienne de morphine dépassant 50 à 60 centigrammes, on doit avoir recours à la suppression brusque, car la méthode lente demanderait trop de temps pour démorphiniser le malade.

α. *Suppression brusque.* — Donc, au-dessus de 50 à 60 centigrammes de morphine, on aura recours à la suppression brusque de l'alcaloïde.

Le morphinomane sera placé dans des conditions particulières favorables au traitement.

Il faut autant que possible éviter de donner des soins à domicile et exiger l'isolement du malade dans un établis-

sement hydrothérapique spécial avec un médecin spécialiste attaché à l'établissement.

Le malade sera examiné au point de vue du fonctionnement de ses organes.

A-t-il une affection cardiaque ?

A-t-il des crises d'angine de poitrine ?

Dans ces cas, il faudra se rappeler que la suppression brusque peut déterminer des syncopes.

On examinera avec soin l'état de son tube digestif, car il ne faudra pas oublier que c'est par l'alimentation que le morphinomane réparera ses accidents.

Donc il faudra, avant de commencer le traitement, régulariser les fonctions digestives.

Le malade sera également préparé à la démorphinisation par la réglementation de ses piqûres car c'est surtout la tendance continuelle du malade à faire ses piqûres irrégulièrement au moment du besoin de la morphine qui présente une grande difficulté à vaincre.

C'est pour cela que l'isolement du malade est nécessaire. On fera régulièrement les piqûres le matin, au réveil, le midi et le soir au coucher car ce sont les trois moments de la journée où le besoin de la piqûre se fait le plus sentir. Puis on procédera à la suppression de la morphine, suivant la quantité d'alcaloïde prise par le malade.

Est-ce un malade qui prend quotidiennement 1 gramme de morphine ? On lui enlèvera dès le premier jour la moitié de la dose de morphine. A 2 grammes, on descendra de suite à 0,75 centigrammes.

D'une façon générale, on supprimera dès le premier jour les deux tiers de la dose employée habituellement par le malade. Les deuxième et troisième jour on diminuera de 10 centigrammes en 10 centigrammes pour arriver le cinquième jour à la suppression complète de la morphine.

Les douze premières heures de la démorphinisation, il ne se produit aucun phénomène inquiétant et le malade se trouve relativement bien; mais au bout de vingt-quatre heures surviennent des accidents qui se produisant dans la famille, peuvent vous obliger à refaire des piqûres d'où l'avantage de l'isolement.

Ces accidents sont :

La syncope : le plus sérieux, elle est quelquefois mortelle.

Si le malade n'est pas cardiaque, elle a peu d'importance.

Contre la syncope, on fera une piqûre de 8 à 10 centigrammes de morphine.

Les vomissements, on donne dans ces cas, du champagne, du grog glacé, etc.

La diarrhée : cet accident doit être respecté, car d'après certains (Sollier) le malade se débarrasse de son poison par la voie intestinale. Mais il est des cas ou la diarrhée devient tellement intense qu'on se trouve en présence d'un véritable choléra morphinique, dans ces cas, il faut agir contre cet accident; contre l'excitation maniaque, les vociférations, le délire, on ordonnera des lotions ou des bains comme sédatif, comme c'est presque toujours dans les huit à dix heures qui précèdent la piqûre dernière que se produit la syncope, on fera cette dernière piqûre dans la nuit qui précèdera la période terminale des injections.

Pendant la convalescence de la démorphinisation, on surveillera la diarrhée qui peut persister pendant trois semaines à un mois et s'accompagne souvent du besoin d'injection, il en est de même pour l'insomnie, aussi, le séjour d'un mois et demi à deux mois dans un établissement spécial est-il un précieux adjuvant du traitement.

On ordonnera des bains, des douches, des toniques, une bonne alimentation pour réparer l'état physique et éviter les accidents de la convalescence. On pèsera les malades,

car l'augmentation du poids montrera le résultat et le bon état du tube digestif.

On déplacera les malades, on les enverra en voyage, en villégiature, pour éviter toutes les causes capables de provoquer le retour de l'ancien vice.

Démorphinisation lente. — La démorphinisation lente donne de moins bons résultats et ce qui produit les insuccès c'est la longueur du traitement qui dure 2 et 3 mois au lieu de 5 à 6 jours : on échoue au moins 8 fois sur 10.

Les accidents sont beaucoup plus rares dans ces cas.

Cette méthode est à employer chez les timorés.

Voici comment le professeur Charcot procédait :

1° Obtenir, *sine qua non*, que le malade sacrifie un tiers de sa dose de morphine dès le début.

2° Substituer à la morphine l'extrait thébaïque; ainsi, par exemple, pour 2 centigrammes et demi de morphine on donne 1 centigramme et demi à 2 centigrammes d'opium en ayant soin de ne pas arriver à dépasser 10 centigrammes d'opium, on pourra joindre le bromure de potassium, contre les douleurs des jambes, l'excitation, jusqu'à 3, 4 et 5 grammes de bromure. On arrivera ainsi à la fin du traitement, avec un bagage de 5 à 6 centigrammes d'extrait thébaïque et 4 à 5 grammes de bromure.

On ordonne en même temps des douches et l'hydrothérapie. Il faudra, si cela est possible, tâcher d'obtenir la suppression brusque des 4 à 5 derniers centigrammes de morphine.

Quand on sera arrivé à la fin de la démorphinisation, il ne faudra pas se préoccuper du bromure ni de l'opium qui n'ont plus aucune utilité, car après la fin des piqûres, le malade ne songe plus à prendre ni bromure ni opium. C'est alors une petite affaire de 10 à 12 jours au plus pour arriver à la fin complète du traitement.

On emploiera la même thérapeutique que pour la suppression brusque pour les accidents qui par hasard se produiraient pendant la convalescence.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Sur le traitement opératoire de la névralgie du trijumeau (Clark, *New-York medical Journal*, 20 avril 1895). — Les opérations proposées pour le traitement de la névralgie du trijumeau sont assez nombreuses, et leurs indications n'ont été bien précisées que dans ces dernières années. Parmi elles, les plus connues sont les suivantes : excision de la branche moyenne de la cinquième paire jusqu'au trou rond et extirpation du ganglion de Meckel; section du nerf dentaire inférieur, par une incision faite par la bouche; neurectomie intracrânienne, les branches moyennes et inférieures de la troisième paire sectionnées en dehors de la dure-mère après trépanation préalable dans la région temporale, etc. Grâce à ces interventions la guérison survient rapidement, la douleur ne réapparaît plus, l'état général du malade s'améliore considérablement et les parties innervées par les nerfs sectionnés fonctionnent aussi normalement qu'auparavant.

L'auteur rapporte l'histoire d'un cas de névralgie intense des branches supérieure et moyenne du trijumeau : l'extraction des dents n'a nullement amélioré l'état du malade, et les douleurs n'étaient soulagées que par les injections de morphine. Ayant divisé les nerfs dans les trous sus- et sous-orbitaux, l'auteur introduisit dans le trou sous-orbital la pointe du thermo-cautère et, le poussant en bas et en haut dans la pro-

fondeur du canal, il détruisit les nerfs sur une longueur d'un demi-pouce. Les douleurs n'ont pas réapparu un an après l'opération. (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 3, juin 1895, p. 203 et 204.)

Cas de double mastoïdite avec thrombose septique du sinus latéral. Intervention chirurgicale. Guérison (W. Secker *British medical Journal*, 13 avril 1895). — Dans ces dernier 4-5 ans la malade, âgée de 24 ans, avait de temps en temps de écoulements des deux oreilles. Quatre semaines avant so entrée à l'hôpital, il est survenu une tuméfaction au-dessu de l'oreille gauche et, peu de temps après, en arrière d l'oreille droite. Céphalée intense, vomissements fréquent constipation. Frissons fréquents la nuit pendant la quinzain précédant l'apparition de ces tuméfactions.

A l'entrée à l'hôpital, la malade était pâle et tourmenté langue sèche et recouverte d'enduit; strabisme converge paralytique; myosis, les pupilles agissent à peine à la lumiè intense. Névrite optique des deux yeux. Température 38° C., pouls 130.

Le conduit auditif externe gauche rempli de pus; la par postéro-supérieure du conduit tuméfiée et affaissée en avan Tuméfaction sacciforme s'étendant dans toute la région tem porale gauche et à la portion squameuse, de même qu'e arrière du mastoïde, 2 pouces en arrière du conduit. Condu auditif externe droit rempli aussi de pus, membrane du tym pan perforée, tuméfaction très douloureuse et élastique, de grosseur d'une grosse noix, en arrière de l'apophyse mastoïd mais la région mastoïdienne était normale et non douloureu au toucher.

L'auteur posa le diagnostic d'otite moyenne suppurée av extension de la suppuration aux cellules mastoïdiennes chaque côté; en outre, thrombose septique du sinus latér d'un seul côté; mais à part l'affaissement de la paroi posté rieure du conduit auditif externe droit, il n'y avait aucu

symptôme pouvant indiquer de quel côté l'affection était plus avancée et de quel côté siégeait la thrombose du sinus latéral.

On ouvrit l'apophyse mastoïde et l'on évacua le pus et les débris caséeux qui la remplissaient. Ouverture du sinus latéral, évacuation de son contenu purulent, tamponnement de l'extrémité supérieure avec de la gaze antiseptique. Ouverture et curettage de l'apophyse mastoïde droite. Guérison complète et rapide. (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 3, juin 1894, p. 222 et 223.)

Thrombose des sinus intracrâniens consécutive à l'otite moyenne suppurée. Intervention chirurgicale. Guérison (W. Milligan, *Lancet*, 20 avril 1895). — Chez un homme de 25 ans atteint depuis plusieurs années d'otite moyenne suppurée droite, des symptômes d'inflammation aiguë sont apparus après refroidissement, en même temps qu'a cessé l'écoulement par l'oreille et que toute la région temporale correspondante est devenue douloureuse. Tuméfaction des tissus entre l'apophyse mastoïde et l'angle du maxillaire très douloureuse à la pression. L'état du malade alla en s'aggravant : frissons fréquents, céphalée intense, névrite optique de l'œil droit ; les pupilles étaient égales et réagissaient normalement à la lumière.

Après avoir libéré la veine jugulaire interne droite et l'avoir sectionnée entre deux ligatures, on mit à nu le sinus sigmoïde et après l'avoir ouvert, on curetta soigneusement les caillots et les débris puriformes qui le remplissaient. L'extrémité périphérique de ce sinus fut tamponnée avec de la gaze iodoformée, tandis que son extrémité centrale était irriguée avec une solution chaude de bichlorure d'hydrargyre. On prolongea en avant l'incision précédente jusqu'à mettre à nu l'apophyse mastoïde que l'on mit en communication avec la cavité du tympan : enlèvement de tous les débris puriformes et irrigation avec une solution antiseptique. Guérison complète sans accident aucun.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de 9 ans ayant été, il y a quelques jours, atteint d'otite moyenne post-scarlatineuse avec extension consécutive de la suppuration aux cellules mastoïdiennes s'accompagnant de douleurs intenses et de fièvre très accusée. On ouvrit l'apophyse mastoïde, d'où s'écoula une petite quantité de pus. La température s'abaissait et l'état général du malade s'était amélioré pour quelques jours, quand il survint une subite recrudescence de la fièvre avec des frissons souvent répétés. Les symptômes survenus firent poser le diagnostic de thrombose intracrânienne, probablement du sinus sigmoïde. L'auteur proposa une nouvelle intervention chirurgicale qui fut refusée par les parents. L'état du malade allait en s'aggravant de plus en plus quand survinrent tout à coup des signes d'abcès rétro-oculaire droit : propulsion extrême de l'œil accompagnée de douleurs intenses dans l'orbite droite. Extirpation de l'œil droit et évacuation d'une grande quantité de pus. L'enfant entra immédiatement après en convalescence et, examiné neuf mois après l'opération, on trouva la membrane du tympan cicatrisée; audition pratiquement normale (*The medical Chronicle*, nouvelle série, v. III, n° 3, juin 1895 p. 223 et 224.)

Traitement des ulcérations par les applications locales d'oxygène (G. Stoker, communication à la Société clinique de Londres; *Lancet*, 30 mars 1895). — L'auteur rapporte 3 cas traités avec succès par l'oxygène en applications locales.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 56 ans, souffrant depuis des années d'un ulcère incurable de jambe occupant presque tout le pourtour de la jambe, et rebelle à tout traitement. La jambe était immergée dans une atmosphère, à parties égales, d'oxygène et d'air : dans la première demi-heure elle ressentit du picotement à la jambe, mais cette sensation disparut bientôt, et la malade fut du même coup débarrassée des douleurs intolérables qui la martyrisaient pendant des années. Le pus ne tarda pas à devenir stérile et la peau de nouvelle formation était absolument normale.

Le deuxième cas concerne un homme atteint d'un ulcère ›tendu de la main, consécutif à une plaie toxique du doigt. La ;uérison survint avec une remarquable rapidité dans l'at-nosphère d'oxygène et d'air *âa* : la croissance des ongles fut ›i activée que l'on était obligé de les couper tous les jours; es poils du dos de la main, eux aussi, croissaient en profu-›ion. Le premier jour après l'institution du traitement la ›laie était devenue absolument aseptique.

Quant au troisième cas, c'était une jeune fille ayant perdu ›resque tous ses cheveux par suite de l'alopécie aréata : sa ète était rasée et les cheveux ne commençaient pas à pousser usqu'à l'institution du traitement. On lui appliqua sur la tête ın bonnet de caoutchouc que l'on remplissait du mélange, *âa*, l'oxygène et d'air. Six semaines de traitement suffirent pour aire pousser les cheveux en abondance. (*The Medical Chro-ıicle*, nouvelle série, v. III, n° 2, mai 1895, p. 141.)

Gynécologie et Obstétrique.

Sur les indications de l'avortement artificiel (Jaffé, com-nunication à la Société gynécologique de Hambourg; *Cen-ralblatt für die gesammte Therapie*, mai 1895, p. 291 et 292). – Voici les cas dans lesquels l'on pourrait être amené à ›ratiquer l'avortement artificiel :

1° Vomissement incoercible de la grossesse;

2° Étranglement de l'utérus gravide rétrofléchi, prolabé ou lisloqué dans une hernie;

3° Bassin très rétréci si la mère refuse son autorisation à 'opération césarienne vers la fin de la grossesse. On ne doit ›as toutefois oublier que, sous ce rapport, on agira à l'hôpital lifféremment qu'on ne le fait dans la clientèle privée; sur-·out dans ces derniers temps on peut, dans ces cas, avoir re-ꝫours à la symphyséotomie qui donne des résultats excellents ›t pour la mère et pour l'enfant.

4° Anémie pernicieuse; 5° Chorée grave; 6° Hypertrophie

mammaire en voie de progression; 7° Céphalée extrême avec insomnie. Il va sans dire que les indications 4 à 7 ne se rencontrent que dans des cas tout à fait exceptionnels.

8° Quant aux affections pulmonaires, quelques auteurs considèrent comme des indications formelles la tuberculose et l'emphysème très prononcé; mais l'auteur est d'avis que l'avortement artificiel n'est indiqué que dans les cas où la vie de la mère est en danger imminent si la grossesse suit son cours normal.

9° La néphrite n'est pas du tout, en général, une indication pour l'avortement, mais elle peut le devenir dans des cas tout à fait spéciaux : c'est au médecin de se prononcer sur son opportunité dans chaque cas donné.

10° Pour les affections cardiaques, l'auteur se rallie absolument à l'avis émis par Leyden, à savoir, que l'interruption artificielle de la grossesse est indiquée et permise toutes les fois que, dans le cours de la grossesse, il survient des troubles de compensation qui, malgré le traitement employé, non seulement ne sont pas remédiés, mais encore prennent une marche dangereuse pour la vie de la femme.

De tout ce qui précède il résulte, que peuvent être considérées comme indications formelles pour l'avortement artificiel : le vomissement incoercible de la grossesse, l'étranglement de l'utérus gravide, le rétrécissement extrême du bassin par tumeurs ou exsudats, l'anémie pernicieuse progressive la chorée grave; appartiennent aux indications relatives : le rétrécissement très accusé du bassin avec diamètre sacro-pubien au-dessous de 5 centimètres, l'emphysème pulmonaire avec signes de dégénération du muscle cardiaque, néphrite (surtout dans l'éclampsie), affections cardiaques chroniques, enfin, toutes les affections générales des femmes qui mettraient en danger les jours de la mère si l'on avait laissé la grossesse se terminer d'une manière normale.

Quant aux indications pour l'avortement que quelques auteurs assignent à la tuberculose pulmonaire et au rétrécis-

›ment du bassin en cas de diamètre sacro-pubien inférieur 5 centimètres, l'auteur les considère comme dénuées de ›ut fondement.

Sur la résection des ovaires (F. Matthaei, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, B. XXXI, 1895.). — Prenant n considération les faits consignés dans la littérature médiale et son expérience personnelle (6 cas), l'auteur émet les ropositions suivantes quant à la résection des ovaires :

Chez les femmes jeunes avec lésions bilatérales des ovaires xigeant une intervention chirurgicale, on est en droit de onserver une portion macroscopiquement saine du tissu varien pour rendre possible l'ovulation et la *fécondation* :

1° Dans les cas de kystes par rétention multiples voluineux, quand il y a lieu de penser que la ponction simple de es kystes est insuffisante ;

2° En cas de kystes dermoïdes ;

3° Avec circonspection externe, en cas de kystes glandulaires proliférents bénins.

Au contraire, la méthode conservatrice est absolument ontre-indiquée :

1° En cas d'affection maligne des ovaires, de même qu'au oindre soupçon sur l'existence d'une affection semblable ;

2° Chez les femmes après ménopause, ou chez les femmes ui s'en approchent beaucoup. (*Centralblatt für de gesammte Therapie*, juin 1895, p. 354 et 355.)

Médecine générale.

Les indications et les contre-indications du tabac chez es malades et les convalescents. (L. Jankau, *Zeitschrift für Krankenpflege*, 1895.) — L'auteur essaie de répondre, our chaque maladie à part, à la question si souvent posée ar les malades et les convalescents : « Puis-je fumer, docteur ? ».

En règle générale, il n'y a pas lieu de défendre le tabac dans les affections chirurgicales et dans la convalescence après les opérations, excepté les opérations pratiquées sur les yeux, l'abdomen et la vessie. L'emploi du tabac joue-t-il bien un rôle dans la pathogénie du cancer des lèvres et de la langue? Rien de sûr à cet égard. On proscrira le tabac dans les affections de la gorge et du pharynx, et avec certaines restrictions dans le catarrhe naso-pharyngien type.

Quant aux maladies internes, il ne faut pas oublier l'action toxique du tabac: aussi ne permettra-t-on de fumer qu'avec circonspection. Du reste la plupart des affections où le tabac serait dangereux, provoquent le dégoût du tabac: il arrive même assez souvent que l'attention de l'entourage est attirée sur l'état maladif d'un fumeur parce qu'il a renoncé complètement à fumer des cigares. Il est donc parfois de bon signe quand le convalescent se montre de nouveau disposé à fumer.

Voici les indications et les contre-indications dans diverses maladies internes:

1° Le tabac sera rigoureusement interdit dans la péritonite, la typhlite et la pérityphlite.

2° Les affections stomacales ne seraient pas, d'après l'auteur, une contre-indication formelle. Cette opinion est assez contestable: en effet, nous savons que l'abus du tabac provoque des affections stomacales, surtout des troubles dyspeptiques. Les cigarettes sont à proscrire surtout dans les affections gastro-intestinales.

3° Les sujets atteints d'affections organiques du cœur ne supportent pas ordinairement très bien le tabac; tout de même les fumeurs acharnés peuvent fumer par jour 2 à 3 légers cigares.

4° Quant aux affections pulmonaires, les expériences nous ont appris l'action entravante et même bactéricide du tabac sur les bactéries de la bouche, la bactéridie charbonneuse, les microorganismes de la fièvre typhoïde et de la pneumonie:

ı même influence du tabac nous est révélée sur le bacille e la tuberculose. Aussi l'auteur considère-t-il comme une ıute grave la défense de fumer aux sujets qui se trouvent ans le stade initial de la tuberculose : au contraire, il fau-.rait les encourager à fumer encore davantage qu'auparavant. ;e qui milite encore en faveur de la permission de fumer, 'est, d'une part, l'action désinfectante du tabac sur la bouche t, d'autre part, la dépression exercée par le tabac sur les onctions génitales ordinairement très excitées au début de la uberculose. De plus, le tabac exerce une influence favorable ur le système nerveux central de ces sujets, d'une part, par on action légèrement narcotique et, d'autre part, en détour-ıant l'attention des malades de leur affection sur l'acte de umer lui-même et les associations qu'il provoque : or, les uberculeux ont bien besoin d'être distraits et empêchés de ›enser sans cesse à leur maladie. Même les hémoptysies peu .ccusées ne contre-indiqueraient pas absolument l'emploi du abac.

5° Chez les syphilitiques on prendra soin de ne défendre ue l'abus du tabac, au point de vue quantitatif aussi bien u'au point de vue de la qualité.

6° Quant aux affections fonctionnelles du système nerveux, l ne serait pas rationnel de prononcer dès le début la défense ›bsolue de fumer. On aura seulement soin d'établir nette-nent le nombre et la qualité des cigares à fumer et de :ontrôler, autant que peut se faire, si le malade remplit ıcrupuleusement la prescription à cet égard. C'est surtout lans les névroses cardiaques que la circonspection est de :igueur ; mais où il faut surveiller très attentivement l'emploi lu tabac, c'est dans la dyspepsie nerveuse : en effet, dans cette affection l'emploi des cigares même légers peut amener parfois à sa suite des troubles très désagréables.

7° Les sujets atteints d'affections organiques du système nerveux ne fumeront qu'avec précaution.

8° La permission de recommencer de fumer pendant la con-

valescence ne sera donnée qu'après examen approfondi, et o conseillera au malade d'agir avec grande circonspection; on n perdra pas de vue les règles exposées plus haut pour les diffé rentes maladies, et on contrôlera attentivement la qualité e la quantité du tabac en prescrivant de graduer lentemen l'augmentation de sa consommation.

On défendra rigoureusement de fumer dans les salles où s trouvent pêle-mêle des sujets affectés de diverses affection

L'auteur considère d'un œil sceptique la soi-disant propriét hypnotique du tabac; d'après lui ce ne serait qu'une suggestio Toutefois il est permis d'émettre un doute sur cette assertio de Janckau.

Enfin l'auteur met en doute l'action bienfaisante des c gares après le repas, comme c'est admis par tout le monde: recommande d'avaler de temps en temps un peu de lait per dant que l'on fume; ce mode d'agir est surtout à recommand chez les sujets malades ou en convalescence. (*Die Therap der Gegenwart, medicinisch-chirurgische Rundschau fi praktische Aerzte*, juillet 1895, nº 7, p. 436-438.)

Pharmacologie.

Sur la somatose, nouvelle substance alimentaire. (D. (Buck, *Wiener klinische Rundschau*, 1895, nº 16 et 17; tira à part). — Les albumines, avant d'être digérées, sont transfo mées par les sucs digestifs en dérivés solubles, acidalbumin albumine, peptones. Leur résorption se fait grâce à l'acti vitale des cellules du tractus digestif, qui les transforment (nouveau en albumine native propre à remplacer l'albumi organique usée. D'après les recherches de V. Voit, les pepton artificielles sont inaptes à se transformer en albumine o ganique, de sorte que tout en étant capables de servir (matière d'épargne pour les albumines et, par suite, de pou voir maintenir l'équilibre azoteux *passager*, il leur est in possible de le maintenir à l'état *stable*. De plus, leur save

mère rend bientôt leur administration si désagréable que es malades se refusent à les prendre. Si quelques auteurs ont btenu de bons résultats avec les peptones, c'est qu'elles ontenaient en quantités notables des albumoses, c'est-à-dire, es produits intermédiaires entre l'albumine et la peptone, ont la valeur nutritive et l'aptitude de se transformer en lbumine native ont été mises hors doute par les recherches e Munk, Noorden, Pfeiffer et Ewald.

Il s'ensuit donc que, en cas de troubles digestifs, il faut rescrire une préparation contenant le moins possible de eptones et très riche en albumose. C'est à ces *desiderata* ue répond la somatose préparée par l'usine Fr. Bayer.

En effet, d'après Goldmann, la somatose contient, outre au et sels, 78 0/0 d'albumose et seulement 2,4 0/0 de peptone ; Iildebrandt affirme même y avoir trouvé 84-86 0/0 d'albu-iose.

La somatose se présente sous forme d'une poudre jaune nement granuleuse, sans odeur et presque sans saveur, omplètement soluble dans l'eau. Vu sa richesse en azote, lle contient, à poids égal, plus du quadruple d'albumine que e le contient la viande.

L'albumine de la somatose se transforme en albumine orga-ique, même sans l'intermédiaire du tractus digestif, ce qui end possible son administration en injections sous-cutanées, à la dose de 10 centimètres cubes, d'une solution de soma-ose à 5-10 0/0 dans l'eau salée à 0,75 0/0). Du reste, les ma-ades la prendront sans dégoût aucun, même quand son mploi est prolongé pendant un laps de temps considérable. On la prescrira à la dose quotidienne de 15-20 grammes, dans n'importe quel véhicule, associée à un régime non complète-nent dépourvu d'albuminoïdes. En effet, s'il est vrai que les lbumoses de la somatose se transforment complètement en lbumine organique et que, sous le rapport du pouvoir nu-ritif, elles ne le cèdent en rien aux albuminoïdes, son emploi xclusif entrave la résorption, d'où péristaltique exagérée et

diarrhée consécutive : aussi, pour ne pas irriter le tractus gastro-intestinal, on administrera la somatose simultanément avec des aliments contenant des albuminoïdes.

La somatose s'est montrée utile dans tous les états de faiblesse, dans les affections fébriles, contre l'anémie et surtout dans les troubles gastro-intestinaux.

L'auteur s'est servi avec succès de la somatose dans 3 cas à savoir : 1 cas de dyspepsie nerveuse avec vomissement incoercible chez une femme en convalescence, 1 cas d'anémie très accusée et d'épuisement dans les suites de couches avec tympanisme opiniâtre, et 1 cas de résection d'un cancer rectal. Grâce à la somatose, les forces des malades ont été maintenues en bon état et la guérison n'a pas tardé à survenir. La somatose a été très bien digérée.

L'auteur conseille, en cas où l'on aurait affaire à certaines affections stomacales chez des sujets très sensibles et capricieux, de prescrire la somatose glacée ; en cas de besoin on peut aussi l'aromatiser pour lui donner une saveur agréable.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonnage du larynx dans le croup. (Variot, *Journ. de Clin. et Thér. méd.* 1895.) L'écouvillonnage accidentel du larynx par le tubage peut dans certains cas donner des résultats très favorables. L'introduction du tube dans le larynx provoque de violents mouvements reflexes, des quintes de toux et des spasmes des muscles du pharynx. Ces mouvements associés ont comme conséquence fréquente le rejet de fausses membranes, au travers du tube, ou même le rejet simultané de fausses membranes laryngo-trachéales et du tube lui-même.

Variot conseille d'attendre pour pratiquer le retubage et de s'assurer que des phénomènes de suffocation n'ont pas disparu par le fait seul de l'écouvillonnage. On se contente de placer

enfant dans la chambre des vapeurs, on surveille son tirage , on se tient prêt à intervenir si de nouveaux accès de suffo-cation l'exigent : un tube peut être replacé aussi vivement qu'il est enlevé par des opérateurs exercés.

Dilatations des bronches et gangrène pulmonaire traitées par les injections parenchymateuses de liquides antiseptiques (Rokitansky, *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 547 et 548). — L'auteur applique ce traitement depuis dix-sept ans, et même dans les cas désespérés où il y avait déjà dégénération amyloïde du foie, de la rate et des reins, il réussit encore à obtenir une amélioration notable, en tant qu'il arrivait à diminuer la quantité et la fétidité des crachats. Dans les bronchiectasies moins avancées, il survint, à la suite de ce traitement, une amélioration notable dans l'état général et les signes locaux. Il a fait ces injections dans 43 cas de bronchiectasie sans avoir observé aucun phénomène secondaire fâcheux. Les injections étaient répétées tous les jours ou seulement un jour sur deux ou trois.

Sur 7 cas de gangrène, il y eut échec dans 4 cas de gangrène pulmonaire généralisée, tandis que les 3 cas de gangrène localisée guérirent après un traitement continué pendant huit, onze et treize jours respectivement.

Voici le manuel opératoire de ces injections parenchymateuses :

Après nettoyage soigneux du thorax par un antiseptique quelconque, on enfonce l'aiguille longue d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution d'acide phénique à 3 0/0, dans l'espace intercostal où les signes physiques sont les mieux accusés et l'on injecte lentement 1 à 2 centimètres cubes d'eau phéniquée. Immédiatement après l'injection, les malades sentent dans la bouche le goût de l'acide phénique et il survient un accès de toux : plus on injecte avec lenteur, et moins intense est cet accès de toux. Le point d'injection sera couvert de collodion iodoformé ; on y laissera, pendant plusieurs heures, un sac rempli de glace.

Maladies de la peau et syphilis.

Contribution au traitement du chancre mou chez la femm (Herff, *Monatsschrift für Geburtshülfe and Gynäkologie*, juin 1895.) — Après nettoyage préalable des organes génitau avec un antiseptique quelconque, les ulcères seront séchés l'ouate et ensuite on appliquera sur chacun d'eux une solutio concentrée d'acide phénique : ces cautérisations seront pra tiquées à l'aide d'un bout de bois dont l'extrémité est mu nie de petites aspérités. Après la cautérisation, les eschare seront essuyées avec de l'ouate sèche pour les débarrasser d l'acide en excès. On peut cocaïniser préalablement les ulcère siégeant au voisinage du clitoris et de l'urèthre.

On fera en outre prendre aux malades des bains de siège on prescrira des lavages vaginaux et on appliquera des com presses au permanganate de potasse, à l'acide phénique, a lysol, au solvéol, ou, dans la pratique pauvre, à l'infusion d camomille.

Après quatre à cinq jours les ulcères sont détergés o en voie de cicatrisation ; on repètera la cautérisation, s'il e nécessaire. Les ulcères ne guérissent-ils pas même après l cautérisation répétée une seconde fois, c'est la meilleur preuve qu'il s'agit bien d'ulcères syphilitiques et non d chancres mous. Les ganglions tuméfiés avant l'institutio du traitement, récupèrent rapidement leur volume normal (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 510.)

Le curettage du chancre mou. (Grivtsoff, *Méditsinkia pribo rliénia kmorskomou sbornikou*, mai 1895). — L'auteur recom mande vivement le traitement du chancre mou par le curettage à l'aide de la cuiller de v. Volkmann (curette de Récamier) On aura le soin d'avoir dans sa trousse plusieurs cuillers de diverses grandeurs appropriées à l'étendue du chancre mou.

Ce traitement ancien, presque oublié jusqu'à ces derniers

mps, fut de nouveau appliqué par O. V. Petersen qui, le
·emier, a observé l'action bienfaisante du curettage sur la
arche du chancre mou : d'après ses observations person-
ılles, le curettage abrégea la durée de cet ulcère plus que ne
nt les autres médications usitées contre le chancre mou. En
fet, la durée du chancre mou non curetté est de 27 jours, 5,
ndis que le curettage amène la guérison de l'ulcère en 21 j.,
est-à-dire presque une semaine entière plus tôt.
L'auteur a observé en tout 50 cas de chancre mou ; il s'est
ısuré que le curettage exerce une influence favorable sur la
arche des chancres mous de n'importe quelle forme, les
ıancres simples aussi bien que les chancres phagédéniques.
déconseille l'anesthésie locale qui n'apporte pas de grand
ulagement aux malades et qui, en même temps, aggrave par-
is la marche de l'ulcère en ce qu'elle rend plus accusée l'in-
tration des parties malades.
On aura soin de ne pas trop appuyer sur la cuiller pendant
curettage : ce maniement intempestif de la cuiller aide à
pénétration des microganismes pathogènes dans l'intimité
s tissus et augmente l'état inflammatoire de l'ulcère lui-
ême. Pour enlever complètement toutes les parties malades,
ı prendra garde de ne pas se contenter de l'enlèvement de
partie centrale de l'ulcère seule, mais de pénétrer aussi
rec la cuiller sous les bords du chancre et de curetter tout
qui tombe sous la cuiller.
Le curettage accompli, on lavera l'ulcère à l'eau phéniquée
2-3 0/0 et l'on appliquera un pansement antiseptique.
Vratch, 1895, N° 25, p. 715.)

Maladies du tube digestif.

Comment faut-il traiter les hémorrhoïdes (par Ricard, *Gaz.
es Hôp.*, 1895). — *A. Traitement médical.* — Il est des cas où
s hémorrhoïdes ne doivent pas être opérées. Ce sont : 1° les
émorrhoïdes symptomatiques d'une lésion du rectum, d'une
ffection de la vessie ou de l'urèthre, d'une affection de l'utérus,

de la grossesse ; enfin des cirrhoses du foie : le traitement dans ces cas doit s'adresser à la cause première ; 2° les hémorrhoïdes qui ne s'accompagnent que de légères poussées fluxionnaires ; 3° les hémorrhoïdes étranglées et gangrenées qui sont le siège de la phlébite infectieuse.

Les indications thérapeutiques dans ces cas sont d'éviter toute irritation anale, en combattant la constipation et pratiquant des ablutions locales tièdes. La congestion hémorrhoïdaire est justiciable d'un traitement général, (hydrothérapie, frictions sèches) et d'un traitement local (lavages rectaux, bains de siège chauds, pulvérisations d'eau phéniquée à 2 0/0, pommades iodurées et au calomel ; onguent belladonné).

B. Traitement chirurgical. — Il est applicable aux hémorrhoïdaires s'accompagnant d'accidents ; procidence constante avec tendance au prolapsus rectal ; réduction difficile, gêne de la station assise ou de la marche ; douleurs à la défécation, fréquence des poussées fluxionnaires ; hémorrhagie anémiante.

Les procédés sont nombreux : la dilatation forcée de l'anus est toujours efficace quand les hémorrhoïdes non procidentes se traduisent par d'abondantes hémorrhagies ou encore qu'il existe des douleurs fissuraires. Cette opération pourra être pratiquée, soit pendant l'anesthésie chloroformique, soit après injection de cocaïne.

Dans les cas d'hémorrhoïdes procidentes, la dilatation ne suffit pas. Si la tumeur est petite et isolée, la cautérisation ignée donne de bons résultats. S'il existe des bourrelets multiples et mal pédiculés, on recourra à la ligature ou mieux à la destruction au fer rouge. Enfin quand les hémorrhoïdes peu procidentes constituent un bourrelet complètement circulaire, le procédé de choix est l'extirpation sanglante au bistouri comme s'il s'agissait d'une tumeur.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 165.9.95.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du lumbago.

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

Je veux vous entretenir aujourd'hui du traitement d'une affection très commune et dont le traitement embarrasse encore bien des praticiens. Il s'agit du lumbago.

On a désigné sous ce nom des maladies très diverses et, confondant le lumbago vrai avec le symptôme commun à de nombreuses affections, on a fait de ce mot un synonyme de douleur des lombes, de rachialgie lombaire ; tandis que ce qu'on doit entendre par lumbago, est une affection douloureuse siégeant au niveau de la région lombaire et frappant soit les masses musculaires sacro-lombaires, soit les articulations vertébrales. C'est en effet une affection d'origine rhumatismale survenant le plus souvent à la suite d'un refroidissement ou d'un effort musculaire et apparaissant surtout vers l'âge moyen de la vie, entre 20 et 50 ans. Les hommes y sont beaucoup plus exposés que les femmes en raison de leurs occupations.

Bien que le lumbago soit une affection très commune et que son histoire soit bien ancienne, c'est une maladie encore mal définie et qui, comme je vous le disais tout à l'heure, présente encore actuellement de nombreux points obscurs principalement en ce qui concerne sa pathogénie. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, sont presque tous d'accord pour en faire un rhu-

matisme musculaire ; Chomel le désignait sous le nom de myorhumatisme, et vous verrez encore dans les livres classiques le lumbago défini : une affection essentiellement douloureuse des masses musculaires sacro-lombaires.

Sans vouloir nier la possibilité d'un lumbago musculaire, je vous dirai, que d'après les très nombreuses observations que j'ai faites, cette affection est le plus souvent d'origine articulaire. C'est cette opinion que j'ai soutenue dans un travail paru en collaboration avec le docteur Londe dans la *Revue de Médecine* du 10 octobre 1894 sur le torticolis et le lumbago d'origine articulaire et rhumatismale. Cette idée de l'origine articulaire de certains lumbagos n'est pas nouvelle, quoique peu vulgarisée, et c'est ainsi que Chomel, à côté du myorhumatisme lombaire, a décrit le lumbago articulaire des lombes.

Cette notion pathogénique du lumbago est de la plus haute importance au point de vue du traitement et c'est pour cela, messieurs, qu'avant de vous parler de thérapeutique, je tiens à vous rappeler, par l'énoncé de la symptomatologie du lumbago articulaire, comment je suis arrivé à en fixer le siège dans les articulations (arthrites) ou dans eur voisinage (périarthrite).

Les symptômes du lumbago articulaire sont de deux ordres : les uns, accusés par le malade, sont la douleur spontanée et la gêne des mouvements ; les autres nécessitent un examen de la part du médecin qui constate : 1° l'immobilisation de la région douloureuse ; 2° la localisation de la douleur provoquée.

La douleur est profonde et pongitive, parfois lancinante. Au repos elle est toujours moindre et tolérable ; le plus grand soulagement est obtenu par le décubitus. La station, même au repos, est pénible. La douleur est spécialement provoquée par la marche et par les mouvements du tronc, notamment par ceux de flexion, d'extension ou d'inclinaison

. L'extension surtout est très douloureuse ; aussi le marche-t-il courbé en avant.

·ession sur les muscles augmente à peine la douleur lme plutôt dans les cas légers.

cette description du lumbago classique, il ne nous difficile de relever certains détails qui plaident en de la lésion articulaire ; l'extension douloureuse et ·marche des malades courbés en avant est presque atible avec une atteinte de la masse sacro-lombaire me. Dans cette attitude, qui n'a pour but que de dans le relâchement les articulations des apophyses ires de la colonne vertébrale lombaire, la masse ›mbaire est donc en pleine activité physiologique ire équilibre à l'action des psoas et des droits de ıen ; cette masse musculaire en pleine activité non ·euse cadre mal avec l'idée d'un rhumatisme loca- ıs les muscles.

iège de la douleur spontanée qui est plus ou moins ıle ou médiane éveille l'idée d'une affection de cer- ırticulations vertébrales.

ımen direct fait trouver une immobilisation de la nférieure de la colonne vertébrale et des articula- u sacrum. Cette immobilisation est plus ou moins ique comme la douleur. Un sujet atteint du mal de mbaire ne se comporterait pas autrement soit pour er un objet par terre, soit pour se retourner tout ·ièce. L'attitude prise semble destinée à réduire au ım les mouvements articulaires plutôt qu'à relâcher ·cle malade.

que tous les auteurs avouent que les masses sacro- res elles-mêmes ne sont pas ou ne sont que très peu reuses à la pression. En revanche, il existe des ·rès précis où la douleur est maxima. Ce sont :

r la ligne médiane, *l'interligne du sacrum et de la*

colonne lombaire, quelquefois les *interlignes des vertèbr lombaires*, enfin *l'articulation sacro-coccygienne.*

2° Sur les parties latérales, *les symphyses sacro-iliaque*

On peut ajouter les points douloureux latéraux de chaq côté de la ligne épineuse lombaire.

En nous basant sur les considérations qui précèdent, no avons établi le tableau suivant des symptômes du lumba articulaire.

Douleur spontanée lombaire bilatérale ou médiane av ou sans prédominance d'un côté.

Attitude penchée en avant, quelquefois avec inclinais latérale.

Immobilisation de la moitié inférieure de la colonne ve tébrale et du bassin dans tous les mouvements.

Flexion, rotation et *surtout extension* pénible ou impo sible.

L'inclinaison est quelquefois plus pénible d'un côté q de l'autre. (Lumbago avec inclinaison latérale.)

Rien ou presque rien à l'inspection.

Douleur provoquée :

1° Par la *pression* aux points suivants ou au moins à l'u d'entre eux :

A. Inter-épineux : sacro-vertébral et lombaire.

B. Articulaires : des deux côtés ou d'un côté.

C. Sacro-iliaques : des deux côtés ou d'un côté.

D. Sacro-coccygiens.

2° Par la *marche*, particulièrement au niveau des deu symphyses sacro-iliaques ou de l'une des deux.

3° Par la *percussion* sur les membres inférieurs, exerc de bas en haut, particulièrement au niveau des interlign lombaire ou sacro-vertébral.

4° Par la *station debout* et surtout le passage de la pos tion assise à la position debout; enfin par toute espèce

ouvement intéressant les articulations prises. Pas ou peu douleur à la pression des masses sacro-lombaires.

Formes :

A. Partielles : 1° Sacro-vertébrale ; 2° Sacro-iliaque unitérale ou bilatérale ; 3° Sacro-vertébrale et lombaire avec ı sans prédominance unilatérale.

B. Totale, ou tout au moins combinée.

Nous n'insisterons pas sur les *symptômes généraux* du umbago ; léger mouvement fébrile, état saburral ou autres.

La *durée* d'un lumbago violent est environ de huit à dix ours; le lumbago léger peut durer de quelques heures à rois jours. Enfin, s'il devient chronique, le lumbago peut lurer des semaines et des mois.

Le *début* est variable ; ou bien progressif, ou bien brusque ; e début rapide succède à un coup de froid ou à un mouvenent exagéré de flexion à faux, sans violence toutefois, le raumatisme, comme vous le savez, amenant ce qu'on a ppelé le *tour de rein* qui n'a rien de commum avec le lumago.

Le lumbago est donc le plus souvent, non une affection nusculaire, mais bien une affection articulaire, plus ou noins masquée par la contraction des muscles à l'aide desuels le patient s'efforce d'immobiliser les articulations nalades. Cette notion d'affection articulaire est comme je ous le disais, de la plus haute importance car elle va nous guider dans nos indications thérapeutiques.

Nous arrivons maintenant au *traitement* du lumbago. Les raitements les plus variés ont été employés contre cette affection.

Ce sont les moyens locaux qui, pendant longtemps, ont été en faveur auprès des thérapeutes, et vous voyez encore ous les jours préconiser les frictions avec un baume ou un iniment, baume de Fioravanti, liniment térébenthiné, alcool

camphré, etc. Puis viennent les révulsifs sous la forme de ventouses scarifiées, pointes de feu, etc.

A côté des frictions, je vous signalerai le *massage articulaire* au niveau des points douloureux, lequel a donné des succès au Dr Gautiez qui l'applique quelque temps après la disparition de la période inflammatoire.

L'*électricité* présente aussi ses indications et s'adresse surtout à l'atrophie musculaire secondaire aux cas de longue durée.

Je vous signalerai aussi la *pulvérisation de chlorure de méthyle* conseillée à la période aiguë par le Dr Bilhaut.

Toutes ces médications peuvent rendre des services et présentent des indications surtout dans les cas légers et superficiels. Mais je veux vous parler aujourd'hui d'une méthode de traitement que j'ai préconisée et employée depuis longtemps et qui m'a toujours donné d'excellents résultats; c'est le traitement du lumbago par le *jaborandi*. Le jaborandi est une plante brésilienne, du genre pilocarpus primatifolius et qui appartient à la famille des rutacées. Les feuilles de cet arbuste renferment un alcaloïde bien connu aujourd'hui et fort employé en médecine, la pilocarpine.

J'ai montré en 1875 les effets du jaborandi dans le rhumatisme articulaire et dans le rhumatisme musculaire.

Cette plante fut apportée en France vers la fin de 1873, par Coutinho, de Pernambuco, qui avait constaté sur lui-même les effets diaphorétiques et sialagogues de l'infusion de feuilles de jaborandi.

Continho avait apporté à Gubler un échantillon des feuilles de cet arbrisseau et Gubler essaya ce médicament dans son service, à Beaujon, et fut émerveillé de ses effets. Comme vous le voyez, l'introduction de cet agent en thérapeutique est de date toute récente. Peu après, Rabuteau publiait les effets qu'il avait observés sur lui-même en expérimentan

ec le jaborandi, et depuis les essais se multiplièrent. ɔi-même, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de ıbler, en 1874, je publiais une étude physiologique et ərapeutique sur le jaborandi dans le Journal de théra-utique de mon maître. Je n'ai pas l'intention de vous faire ɑterprétation physiologique des actions de ce médica-ənt, interprétation que vous trouverez dans le travail en ıestion. Il me suffira de vous dire que, dans le rhuma-me articulaire aigu, j'ai vu le jaborandi diminuer les uleurs articulaires et calmer la fièvre. Sur quarante-neuf ministrations, les douleurs ont été calmées trente-neuf ıs, le gonflement et les mouvements des articulations ma-les ont été améliorés vingt-six fois, etc.

Dans le rhumatisme subaigu, j'ai pu me convaincre que ux ou trois doses de jaborandi sont capables de guérir ; douleurs de la fluxion articulaire. Dans le rhumatisme ısculaire à frigore, le jaborandi a encore agi efficacement j'ai rapporté trois cas qui ont cédé après une, deux ou ›is doses du médicament. Enfin, dans le travail que je us ai signalé au commencement de cette leçon, et que j'ai blié en collaboration avec le Dr Londe, vous trouverez s observations de lumbago traités avec succès par le ›yen du jaborandi.

Donc, la médication qui vous donnera les meilleurs ré-.tats contre le lumbago c'est l'administration de ce jabo-ıdi dont les effets sont merveilleux, à la condition que médicament ne soit pas contre-indiqué. Il existe en ət des contre-indications à l'administration du jaborandi, c'est probablement ce qui a nui à sa vulgarisation. Ainsi, squ'un malade atteint de lumbago présentera une affec-ı du cœur, il faudra éviter l'emploi du jaborandi qui ène des troubles dans le rhythme cardiaque et produit l'irrégularité dans les battements.

Vous devrez également cesser l'emploi du médicament

s'il survient des epistaxis, et si plusieurs fois de sui
la quantité d'urine ne revenait pas au taux antérie
après la diaphorèse.

Ces quelques contre-indications étant posées, comm
devrez-vous administrer le médicament? L'observation s
vante vous montrera bien mieux que ne le ferait une d
cription comment vous devrez agir. Rappelez-vous
homme, âgé de trente-trois ans, entré le 19 mars 1895, sa
Serres et qui était couché au n° 10. Ce malade avait
pris le 28 janvier 1895, sans fièvre ni phénomènes gé
raux, d'une vive douleur dans la région lombaire, doul
localisée au niveau des trois premières vertèbres lombair
Le malade, à la suite de ce lumbago, avait dû cesser t
travail, et le repos au lit lui était imposé par l'impossibil
de rester debout et de faire n'importe quel mouvem
intéressant le tronc.

Ces phénomènes douloureux persistant avec tous le
caractères, à peine interrompus par quelques rémissi
relatives et de courte durée, notre malade se décid
à entrer à l'hôpital, trois mois et demi après le dél
de son affection. Ce malade, comme vous avez pu le v
à l'examen, présentait tous les signes du lumbago a
culaire.

L'examen des viscères ayant montré qu'il n'exist
aucune contre-indication à l'administration du jaboran
cette médication fut instituée; elle consiste, comme vo
l'avez vu, à utiliser les propriétés diaphorétiques et sia
gogues du jaborandi et à faire suer abondamment le mala
par l'ingestion d'une infusion de feuilles de jaborandi ai
préparée : On fait macérer pendant douze à vingt-qua
heures quatre grammes de feuilles de jaborandi dans
grammes d'alcool; après cette macération, on jette sur
mélange cent cinquante grammes d'eau bouillante et
laisse infuser pendant vingt-cinq minutes, puis on pas

ı filtre le liquide et on administre au malade l'infusion ıaude ainsi préparée.

L'infusion sera prise le matin à jeun, en une seule fois. Ine demi-heure, un quart-d'heure même après l'ingestion, pparaît déjà la salivation, puis la diaphorèse.

Pendant la sudation, le patient évitera d'avaler sa salive, e qui pourrait occasionner des nausées, voire même des omissements. Il devra résister à la soif occasionnée par la éperdition de salive et de sueurs ou ne boira qu'une quantité modérée de boissons chaudes, eau additionnée de café, ar exemple, pour éviter les vomissements qu'on n'observe ue dans les cas d'ingestion immodérée de boissons froides, u après la déglutition d'une certaine quantité de salive.

Ces règles étant posées, revenons à l'histoire de notre ıalade.

Le 23 mai au matin, le malade prend une première fois ne infusion de jaborandi qui détermine une salivation et es sueurs abondantes. Le lendemain, on constate une mélioration très notable des douleurs; le malade peut se emuer et s'asseoir sur son lit.

Le 26 mai, nouvelle ingestion du médicament amenant ϶s mêmes phénomènes de salivation et de transpiration vec une amélioration encore plus prononcée le lendemain.

Le 28 mai, troisième ingestion de l'infusion de jaborandi uivie le lendemain d'une disparition presque complète des ouleurs lombaires.

Deux nouvelles prises du médicament ont lieu le 30 mai t le 6 juin; le 7 juin, il ne reste plus qu'une légère douleur u côté droit, qui cède à un siphonage rapide de la région, t le 12 juin, le malade quitte notre service complètement uéri.

Voici donc un cas de lumbago articulaire tenace, datant e près de 4 mois, qui guérit après cinq prises de feuilles e jaborandi, suivant les règles que je vous ai indiquées.

Mais il est des cas qui guérissent après une seule dose de jaborandi, quand le lumbago est traité dès le début par exemple.

En général, pour mieux suivre l'effet du médicament, il faut laisser un jour d'intervalle entre les doses, si plusieurs sont nécessaires. On devra recommander au malade de se tenir au chaud, à la chambre ou même de rester couché.

Chez l'enfant de dix à quinze ans, on pourra également administrer cette préparation, mais la dose sera seulement de 1gr,50 à 2 grammes au lieu de 4 grammes de feuilles, dose de l'adulte.

Mais vous vous souvenez que le jaborandi présente des contre-indications, lorsqu'il existe une affection du cœur, par exemple, comme chez le deuxième malade dont je vais vous parler.

On est obligé, dans ce cas, d'abandonner le jaborandi et de le remplacer par une nouvelle médication dont les succès ne se comptent plus et que je vais vous indiquer :

Je veux parler des injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

Un homme, âgé de 56 ans, entre dans notre service, salle Serres, n° 27 bis, le 4 mai 1895, pour un lumbago articulaire aigu datant de six jours. Cet homme est atteint en même temps d'une affection mitrale.

En présence de l'affection cardiaque, nous avons laissé le jaborandi de côté et nous avons eu recours à la médication par le glycéro-phosphate de soude, lequel m'a souvent donné d'excellents résultats.

Vous connaissez tous la valeur thérapeutique des glycéro-phosphates et je n'ai pas besoin de réfuter devant vous les contradictions de ceux qui ont voulu voir dans les injections de sérum artificiel et de glycéro-phosphates une médication purement subjective, et ont tenté de remplacer le glycéro-phosphate de soude par des injections sous-cuta-

iées d'eau distillée, qui n'ont aucune valeur et produisent lans les cas qui nous occupent des résultats absolument iégatifs, comme j'ai eu souvent l'occasion de m'en assurer.

Notre second malade reçut le traitement suivant :

Le 6 mai on lui fit une injection de $0^{gr},30$ de glycéro-phosphate de soude de chaque côté de la région lombaire : es deux injections furent très bien supportées et une amé-ioration sensible des douleurs survint en même temps que a marche devint plus facile.

Le 8 mai, nouvelles injections de chaque côté de la région ombaire, mais cette fois de 50 centigrammes de glycéro-hosphate de soude chacune ; nouvelle et notable amélio-ation. Le 9 mai troisième et dernière injection, qui amena a disparition complète de la gêne fonctionnelle des mou-ements.

Ces deux observations qui ont été prises chez les malades u service que vous avez pu suivre journellement, vous iontreront suffisamment la valeur thérapeutique du jabo-andi dans les cas de lumbago ne présentant pas de contre-idication à l'administration de cette médication ; de plus, a seconde observation nous prouve qu'en présence d'une e ces contre-indications, vous pourrez employer avec suc-ès les injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de oude.

Dans certains cas, s'il existe d'autres articulations prises, emploie volontiers le salicylate de soude qui pourra vous endre des services, mais qui n'a pas la valeur thérapeu-ique du jaborandi contre le lumbago.

Les rubéfactions, les révulsions, le massage, l'électricité ourront être de précieux adjuvants des méthodes thérapeu-iques nouvelles dont je viens de vous parler.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

De l'importance de l'examen des yeux dans la pathologie générale,

Par le docteur ALBERT MIQUET.

Ayant l'intention de donner aux lecteurs du Bulletin d Thérapeutique *un certain nombre d'articles de thérapeu tique oculaire, je commencerai par une sorte d'introductio destinée à mettre en évidence l'utilité de l'examen des yeu au point de vue des indications qui peuvent être fourni à la thérapeutique générale.*

Toutes les fois qu'un malade se présente à l'examen d'u médecin, on a l'habitude de rechercher avec le plus gran soin l'état de fonctionnement des principaux appareils d la vie organique et de la vie de relation.

Le cœur, le poumon, le foie, l'estomac, la rate, etc., soi inspectés, palpés, percutés, auscultés et rares sont les mé decins qui s'avisent d'examiner l'œil de leur malade, orga qui pourrait leur dévoiler des lésions qui leur échappent.

Que de fois l'ophtalmoscope a révélé l'existence de ma ladies générales jusque-là non décelées !

La néphrite interstitielle, le diabète, l'ataxie locomotric la paralysie générale n'ont souvent été diagnostiqués d bonne heure que grâce à l'examen ophtalmoscopique.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous voyons l'é tude des maladies des yeux, négligée en France, au poi d'être en quelque sorte facultative. Tout au plus voit-o quelques étudiants, arrivés à la fin de leurs études, fré

enter quelques cliniques libres, où on leur donne un en-
ignement clinique oculaire plus ou moins complet.

Lors d'un voyage en Allemagne, nous avons eu l'occasion assister à des examens cliniques de doctorat et nous n'a-ons pas été peu surpris de voir un examen clinique spécial our les maladies des yeux ; et cependant, ces jeunes doc-urs n'étaient pas des « spécialistes », ni des « bêtes à oncours », mais de jeunes praticiens se destinant à exercer ur art dans les campagnes.

La pathologie oculaire ne diffère pas, du reste, de la pa-iologie générale. En quoi, par exemple, la muqueuse con-nctivale diffère-t-elle d'une autre muqueuse? Réagit-elle ifféremment?

Quant à la terminologie qui effraie tant, au début, les unes étudiants, ce n'est qu'un reste des temps où les mé-ecins de l'œil s'entouraient de tout l'accessoire possible, apable d'effrayer les non-initiés et peut-être aussi de icher leur ignorance.

Si certains auteurs ont pu dire « que rien ne se passait ins notre organisme, sans que le cerveau n'en eût con-issance », on pourrait ajouter que « l'œil est le meilleur actif de notre état général ».

Anatomiquement, l'œil est un prolongement du cerveau.

Nous savons en effet que le cerveau consiste primitive-ent en un tube simple, comme la moelle épinière. Ce tube certains points, se développe plus rapidement qu'en autres points, d'où des rétrécissements qui le divisent en ois vésicules cérébrales primitives communiquant large-ent entre elles et qui prennent le nom de leur situation : itérieure, moyenne, postérieure.

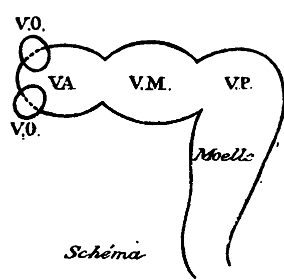
Les parois latérales de la vésicule cérébrale antérieure se latent de dedans en dehors, et « ces deux évaginations térales constituent les vésicules optiques primaires ».

Ces vésicules optiques primaires se séparent peu à peu

et ne restent plus unies à la vésicule antérieure que par pédicule creux.

Cette vésicule optique donnera naissance, après une s de transformations, à l'œil et le pédicule deviendra le i optique.

L'œil est donc bien en quelque sorte un prolongemen cerveau, une sentinelle avai qui avertit des troubles et lésions que présente notre oi nisme.



Il n'y a pas de maladies n'aient un retentissement su système oculaire et si, ch maladie n'a pas encore à l'h actuelle, son syndrome ocul propre, c'est parce qu'on ne l'a pas encore étudié et q n'a pas pris l'habitude de le chercher.

L'ophtalmoscope est d'une utilité incontestable dans tude des maladies du système nerveux pour arriver diagnostic précis.

Tous les médecins connaissent bien les rapports quents entre les maladies des yeux et les affections du des sinus et des dents.

Les maladies générales, les dyscrasies retentissent s vent sur l'organe de la vision.

L'on connaît les rapports qui existent entre les intox tions, les maladies professionnelles et les maladies des y

Rappelons brièvement quelques relations entre les ladies générales et les maladies des yeux, rapports doivent connaître tous les médecins.

C'est ainsi que l'héméralopie, véritable « cécité turne », se rencontre fréquemment dans les cas d'ané de grandes fatigues, de surmenage, de misère physi gique ; on l'observe aussi dans le scorbut, la grossess

;urnisme, la fièvre typhoïde. « C'est une complication sez fréquente de l'ictère chronique; c'est pourquoi on corde à ce symptôme oculaire une certaine valeur séméiogique au point de vue des fonctions du foie (PARINAUD).

L'amblyopie hystérique et hystéro-épileptique est fréente. Tous les médecins connaissent le rétrécissement du amp visuel pour certaines couleurs, dans l'hystérie. Que fois n'observe-t-on pas des hémorrhagies rétiniennes ns les cas d'albuminurie, de diabète sucré, chez les males atteints d'affection cardiaque, chez les chlorotiques, hémophiles.

N'a-t-on pas des amauroses réflexes dans certaines néalgies dentaires, dans certains cas d'otites? N'a-t-on pas gnalé souvent des amauroses coïncidant avec des affecns utérines? Davaine n'a-t-il pas montré des cas de cécité ssagère, disparaissant par l'évacuation de vers intestiux?

Les amblyopies alcoolique, nicotinique, saturnine, paluenne, consécutives à de grandes pertes sanguines sont n connues.

La kératite interstitielle diffuse, coïncide fréquemment ec les dents d'Hutchinson et n'est autre que de la syilis héréditaire.

N'est-ce pas par l'examen de l'œil qu'on peut déterminer ivent le siège exact d'une tumeur cérébrale?

Dans la méningite tuberculeuse, n'avons-nous pas au out des symptômes oculaires, d'une grande importance : myosis au début est suivi plus tard de mydriase, d'inéité pupillaire et d'affaiblissement ou même d'absence ale du réflexe lumineux; puis il s'y ajoute du strabisme, l'amblyopie, de l'amaurose.

Les syphilis graves retentissent rapidement sur l'appal oculaire. Les gommes tuberculeuses de l'iris ne sont

pas rares et personne n'oublie le signe d'Argyll-Robertson dans la période préataxique du tabes.

Ces quelques exemples pris parmi beaucoup d'autres montrent bien l'importance de l'examen des yeux, dans la pathologie générale. Si tous les médecins ne sont pas aptes à extraire adroitement une cataracte ou à pratiquer avec dextérité une iridectomie, tous, du moins, devraient connaître aussi bien que possible la pathologie oculaire, qui leur serait d'un grand secours dans beaucoup de diagnostics délicats et pour porter de bons pronostics.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ V

THÉRAPEUTIQUE PAR LES SIMPLES ET LES SELS

La thérapeutique par les simples, faite de l'expérience pratique séculaire, tient une grande place dans la médecine annamite.

Elle présente de nombreux rapports avec notre vieille thérapeutique.

L'origine pratique et populaire de ces médicaments se retrouve nettement dans la légende qui entoure l'histoire de certains de ces produits.

Une écorce nommée Hao Phat est fort souvent employée

rappelle par ses indications notre quinquina, voici son
stoire :

Un mandarin avait, aux siècles passés, un fils contrefait
infirme, son amour-propre souffrait de ce malingre héri-
r. Un jour il l'abandonna dans la campagne, attaché à
ı arbre. Quelques jours après, pris de remords, il retourne
r les lieux de son crime. Sa stupeur fut grande en retrou-
ınt un adolescent vigoureux et sain; l'enfant pour tromper
faim, avait mangé l'écorce de l'arbre, qui était le mer-
illeux porteur du remède Hao Phat. Les racines, les
urs, les fruits sont représentés avec les écorces, dans la
ıarmacopée.

La cardamone, toute une riche série d'amomacées occu-
nt avec la cannelle, le gingembre et la girofle une place
honneur.

Les fruits béchiques, les amers sont fort usités. Pour rem-
acer une fastidieuse énumération, prenons des exemples
ırticuliers.

La bronchite est traitée par une tisane composée, qui
ntient : écorce d'orange amère, fenouil, cannelle, fruits
. prunier sauvage, deux ou trois racines aromatiques,
ec de l'alcool de riz. N'est-ce pas là tout à la fois une de
s tisanes béchiques, avec en plus des éléments stimulants
toniques.

La fièvre donne lieu à une série d'indications intéres-
ntes, l'Annamite fait de la médication de symptômes.

La fièvre elle-même implique l'emploi de l'écorce d'orange
nère, associée avec la fameuse écorce tonique Hao Phat,
ı y joint des copeaux analogues au colombo.

Le traitement de la fièvre par l'écorce d'orange amère se
trouve dans la pratique des habitants des Marais-Pontins.
'ait plus curieux encore, un détail bien particulier se re-
rouve dans les deux pays extrêmes. L'Annamite expose
ıne nuit durant cette écorce à la rosée, pour l'imprégner de

cette eau du ciel dont la fraîcheur luttera contre la temp rature extrême du corps, l'Italien de la Campagne Romain fait de même.

Si avec la fièvre il y a des vomissements, on ajoute un potion avec clous de girofle, anis étoilé, cardamone et no de muscade. C'est une de nos tisanes aromatiques. Da les cas où la fièvre se complique de diarrhée, on don une décoction avec bois de santal et gingembre, c'est l'antiseptie intestinale involontaire.

Dans le cas de selles dysentériques, la racine hoang na qui rappelle d'aspect et d'effets notre ipéca, entre en jeu.

Pour stimuler l'appétit, le bois de santal associé à l' corce voisine du colombo et à des fleurs de valériane e donné en poudre.

A côté des simples, les Annamites ont aussi une ric thérapeutique minérale.

Le sulfate de magnésie est très usité dans la médecin Nous verrons ailleurs l'usage des sels de mercure, de l'a senic et de son oxyde. L'alun joue un grand rôle, on l'e ploie, comme chez nous, dans les maux de gorge. Le trai tement de ces affections consiste en insufflations d'u poudre faite avec alun, fleurs de camomille, et une arg ferrugineuse. Cette argile ferrugineuse n'est autre chose q notre antique bol d'Arménie, bol oriental, ou argile ocreus

Le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent sont au usités.

Le soufre, incorporé dans des œufs, est pris pour les fections cutanées.

Je pourrais ainsi multiplier les citations des médicame usités, je préfère me réserver d'étudier et de détermi plus tard les plus importants de ces médicaments. On tr vera peut-être dans cette pharmacopée des produits util Une classe de médicaments méritera une étude spéci

›st celle des médicaments d'épargne. Les médicaments épargne sont fort usités, et fort réputés au Tonkin.

Il y existe des bols qui étaient autrefois distribués aux ldats de l'empereur d'Annam, et qui permettaient de archer deux jours sans prendre aucun aliment.

L'histoire attribue à ces précieux bols la victoire de l'Anam sur ses ennemis dans maintes circonstances. Une autre réparation analogue, permettrait, au dire des médecins idigènes, de supporter sans trop souffrir les épouvantables isettes qui désolent des provinces entières.

Tout ceci demande un contrôle, mais ne laisse pas que 'être intéressant.

Pour mieux saisir encore ce qu'est la thérapeutique anımite, qui, à côté de surprenants écarts, présente beaucoup e médications rationnelles, étudions le traitement de la /philis et du goître.

Mais citons cependant encore l'usage fréquent des vésiıtoires et des pommades révulsives au mercure.

§ VI

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

2637 ans avant Jésus-Christ, Hoang-Ty décrit en Chine vérole et le chancre initial. Il s'étend avec complaisance ır le pronostic à tirer de la localisation de cet accident pri-

(1) Dans un numéro de la *Semaine médicale* (25 juillet 1894), je ›uve les résultats de M. Hugel sur les feuilles de goyavia (*Psium pyriferum*), dans la diarrhée. Ce médicament serait, paraît-il lisé par les Javanais sous le nom de Djamboe. Les Annamites font fréquent usage de ces feuilles de goyavia dans la même affection. s feuilles nommées *Là oï* sont mangées avec du sel, les hommes mangent sept et les femmes neuf. Je suis loin de partager les ›érances de M. Hugel sur l'avenir de ce médicament, qui ne me-:ait avoir rien de plus que tous les astringents végétaux.

mitif. En Europe, le mercure est timidement donné à l'in rieur vers 1518 par Jean de Vigo, qui le prescrit dans peste. Au quinzième siècle les Arabes nos précurseurs, s' servaient comme parasiticide, et dans les accidents loca syphilitiques à l'extérieur.

En 1537 Pierre de Bayle donne droit de cité au mercur avec la formule des fameuses pilules envoyées à François I par Barberousse.

Comparons ces dates à celle où Hoang-Ty décrit la vérole quelle longue série de siècles entre la thérapeutique mercu rielle en Chine et nos premiers essais.

Les Annamites et les Chinois connaissent la syphilis, e ils la connaissent bien.

Ils l'étudient dans ses formes, les unes graves, *Tim li Thien* Phao, « qui éclate comme un pétard » ; forme rapide dans son évolution, maligne, fébrile, avec les allures d'une infection généralisée d'emblée. Cette forme, rare aujourd'hui chez nous, est encore fort répandue au Tonkin.

A côté se trouve la forme banale, *Tim la lü Dinh.*

Ils classent les accidents en primitifs et en tardifs, et opposent aux diverses périodes une thérapeutique différente.

Les médecins annamites n'ignorent pas non plus les formes larvées viscérales, et les rapports étroits de la syphilis avec les affections nerveuses. La thérapeutique mercu rielle est rigoureusement appliquée dans certains accident cérébraux.

La syphilis héréditaire ne leur échappe pas, ils saven vigoureusement traiter les accidents profonds des enfant de souche infectée.

Comme nous il y a quelques années encore, ils confonde cependant avec la vérole, toutes les affections chancreuse chancre mou, herpès génital.

La thérapeutique de la syphilis étonne par sa préco sa justesse et sa richesse extrême.

Le mercure est la base de leur médication syphilitique. Depuis quand emploie-t-on le mercure, il est difficile de le préciser.

L'Annamite en admiration devant le passé, donne à tout des cheveux blancs; il faut donc se défier des dates, mais à coup sûr l'usage de ce médicament remonte à une époque fabuleusement reculée.

Le mercure est donné sous diverses formes. La forme pilulaire est très usitée, et l'on incorpore dans les pilules soit le mercure métallique, soit le cinabre, soit encore l'oxyde rouge.

Le cinabre se trouve à l'état naturel dans la région de Lao-Bang, haut Tonkin, il était une des richesses de la dynastie indépendante des rois Mac. Les rois du Lao-Bang envoyaient aux cours de Hué et de Pékin le cinabre, comme don précieux.

Le mercure n'est pas le seul métal employé; dans les formes graves, on lui associe soit l'oxyde d'arsenic, soit encore le sulfate de cuivre, et dans les formes cérébrales le zinc métallique.

Il est curieux de retrouver cette métallothérapie complexe de la syphilis, si souvent discutée chez nous.

Actuellement encore, n'a-t-on pas utilisé les sels d'or, et dans la *Semaine médicale* de 1894 ne trouvons-nous pas une défense du sulfate de cuivre, par un médecin américain qui le prescrit dans les formes graves rebelles au mercure.

Dans les pilules, on associe aux produits actifs énumérés des masquants divers. Ce sont le plus souvent des résines aromatiques, ou le musc, l'ambre jaune et le camphre. Voici la formule la plus usitée de ces pilules :

Mercure métallique;
Musc;
Camphre;
Alun;
Cannelle;
Résine de sapin.

Cette formule ressemble d'une façon frappante à celles des fameuses pilules de Barberousse qui furent les premières introduites chez nous.

Dans ces deux formules nous retrouvons la même association du mercure, de produits aromatiques et de baumes

A côté des pilules nous trouvons les fumigations qui son prescrites dans les formes graves.

Cette méthode n'est autre chose que notre ancienne pratique si pénible, dite de la casserole. Actuellement encore certains auteurs comme Langston Parck et Horteloup l préconisent.

La formule des fumigations est la suivante:

Mercure métallique:
Oxyde rouge de mercure;
Cinabre;
Camphre et nitrate de potasse.

On y ajoute la racine aromatique Suong-Tuat.

Le tout réduit en poudre est roulé dans un papier, en forme de cigarette. On brûle par jour quatre centimètre de ce papier.

Le patient se place sous une natte formant tente, et absorbe les vapeurs médicamenteuses par voie respiratoire e cutanée.

Il est inutile je crois d'insister sur les rapports étroits de cette formule avec les trochistes usités chez nous.

Les médecins annamites savent l'influence fâcheuse des vapeurs mercurielles sur les gencives et la salivation, et bien que ces accidents soient plus rares que chez nous à cause de l'intégrité du système dentaire, ils protègent le premières voies par un curieux artifice. Le patient, avant d prendre place sous la natte, se remplit la bouche d'eau pour toute la durée de la fumigation, et respire par le ne:

Quand on use des pilules, on emploie en même temps e

général des frictions mercurielles. L'onguent employé comprend : de la graisse de buffle, de la résine de teck, de la cire jaune, de la craie, du musc et du mercure métallique.

Dans les accidents cutanés, plaies ulcéreuses, gommes, on utilise un emplâtre analogue au Vigo :

Résine de sapin;
Oxyde rouge de mercure;
Argile ferrugineux;
Écailles de poisson;
Huile.

La médecine annamite est passée par une première phase, où le mercure était inconnu en thérapeutique, le traitement de la vérole était alors surtout végétal.

La formule nous a été conservée :

Racine voisine du gaïac;
Fleurs de gentiane;
Deux ou trois écorces aromatiques;
Poudre du Méloé.

Le médicament paraît diurétique, et a la prétention de chasser le mauvais sang par les urines.

La quatrième page de nos journaux fourmille de promesses semblables.

Comme il faut toujours compter chez les jaunes sur des étrangetés, sur des écarts d'imagination, nous serons peu étonnés de rencontrer auprès de ces méthodes rationnelles, d'autres procédés plus originaux.

Voici, en effet, le traitement de la syphilis chez les riches.

On fait ingérer à une poule, pendant plusieurs jours, des boulettes de riz qui renferment de l'oxyde de mercure, de l'argile ferrugineux, et du mercure métallique.

L'animal est sacrifié après quelques jours de ce régime. La chair sert à faire un bouillon qui est pris par le malade.

Les os, les entrailles et les plumes sont placés sur des charbons ardents et brûlés, le malade respire ces vapeurs.

Quand on va au fond de cette surprenante méthode, l'on se demande si les résultats thérapeutiques sont tout à fait nuls.

Le mercure se fixe dans les tissus avant d'être éliminé, il y séjourne sous forme de chlorures, et de peptonates, on le retrouve dans le foie et les autres viscères (Kus maull.)

Ne l'a-t-on pas retrouvé à l'état pur dans les os : « Dissecto cadavere, circa juncturas, guttulæ tremulæ hydrargyri inventæ sunt. » (Tisitanus). Cette méthode n'est pas bien éloignée de celle de Roussin qui fait ingérer des sels d'iode et de brome à des poules, pour avoir des œufs médicamenteux.

Voilà les annamites inventeurs des peptonates de Mercure ?

A côté du traitement thérapeutique, il faut placer le régime diététique. Le fait de rencontrer des prescriptions alimentaires ne doit pas nous étonner; car toutes les médecines anciennes, et beaucoup de religions ont poussé très loin les sévérités sur ce point : Indous, Juifs, Arabes.

La médecine annamite interdit l'usage des poulets, des oies, du buffle, des chèvres, du poisson, de l'eau-de-vie; ces aliments et boissons sont réputés trop *chauds*.

De cette étude un peu longue se dégage un intéressant problème. Cette antique thérapeutique mercurielle rappelle de si près celle introduite par les Arabes en Europe, que l'on est en droit de se demander si ceux-ci ne l'ont pas empruntée aux jaunes.

Dans les autres chapitres, nous avons vu l'influence constante de la métaphysique et de la philosophie sur la médecine.

Cette influence se retrouve ici aussi avec le *Chau-Chau*.

Le médicament appelé chau-chau, est formé de petites perles d'anodonte et d'unio.

Les Annamites riches achèvent le traitement de la syphilis par des prises de poudre de chau-chau, dans une tisane.

L'idée qui inspire cette curieuse médication est la suivante :

Pour les Chinois et les Annamites, le jade et les perles sont le symbole de la pureté absolue ; la littérature et la philosophie sont remplies de redites sur cet inépuisable sujet. C'est pour donner au corps sa pureté, son intégrité première que l'on prescrit les perles à la fin du traitement de la vérole.

Nous venons de nous convaincre, en étudiant la syphilis, que les Annamites nous ont parfois prévenus en thérapeutique.

Pour bien démontrer que ce fait, bien que rare, n'est pas isolé, nous pouvons encore citer le traitement du goître.

Le goître est une affection très répandue dans les régions montagneuses du Tonkin, la thérapeutique qui s'adresse à cette affection ne diffère guère de la nôtre.

On combat l'hypertrophie thyroïdienne, par des révulsions fréquentes, des cautérisations superficielles ; et par *les iodures*.

Les iodures ne sont pas prescrits naturellement sous forme de sels, mais dans leurs composés naturels. La pharmacopée annamite prescrit le Hai-Dai, une espèce d'ulve, le Hai-tao, un fucus, enfin une laminaire ; on y joint l'os de seiche et l'indigo.

Le tout pulvérisé est pris dans une tisane aromatisée avec l'écorce d'orange amère.

Cette médication est bien une cure par les iodures naturels.

(*A suivre.*)

Thymol en solution,

(Nouveau procédé)

Par le Dr HERMITE, de Grenoble,

Le thymol, malgré son très fort pouvoir antiseptique, n'est pas encore employé couramment par les chirurgiens et accoucheurs.

L'alcool qu'on est forcé d'ajouter dans la solution ordinairement employée (50 gr. d'alcool, 1 gr. d'acide thymique et 1,000 gr. d'eau) la rend douloureuse et augmente beaucoup le prix relativement faible du thymol.

MM. Tarnier et Vignal, dans leur étude des antiseptiques agissant sur le streptocoque pyogène, ont trouvé que la dose microbicide était de :

Thymol dissous dans l'eau sodique......	0,50	p. 1000.
Naphtol-B dissous dans l'eau sodique...	1	—
Acide phénique — — ...	3,25	—

La solution d'acide thymique dans l'eau distillée sodique reste stable, mais si on emploie l'eau ordinaire sodique la solution se trouble aussitôt et un précipité assez considérable se dépose au fond du récipient.

En ajoutant au thymol et à la soude une quantité déterminée d'acide tartrique, on obtient au contraire une solution incolore et parfaitement limpide.

Voici la formule que j'ai adoptée :

Acide tartrique...................	āā 1 gramme.
Soude caustique......	
Acide thymique..........	
Eau..................................	2,000 grammes.

Faire dissoudre dans un peu d'eau légèrement chauffée l'acide tartrique, la soude et l'acide thymique; ajouter ensuite le reste de l'eau.

Je ne crois pas que l'adjonction de l'acide tartrique change la valeur infertilisante et microbicide du thymol dissous dans l'eau sodique. Ceci, du reste, est facile à vérifier.

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Terminologie technique et scientifique,

Par M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

(*Suite.*)

Hystéropexie vaginale. — Ou colpo-hystéropexie ; procédés employés :

Procédé d'Amussat. — Dans le cas d'antéversion ou de rétroversion utérine, on pratique la cautérisation au fer rouge du côté opposé à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui fait basculer l'organe.

Procédé de Sims. — Suture d'un pli transversal du vagin de manière à raccourcir l'une ou l'autre des parois de ce canal.

Procédé de Richelot père. — C'est la soudure du col de l'utérus à la paroi postérieure du vagin.

Procédé de Byford. — C'est une métro-élytrorrhaphie ; union de la paroi vaginale antérieure ou de la face antérieure du col avec la paroi postérieure du vagin.

Procédé de Doleris. — Colporrhaphie pré-cervicale ou rétro-cervicale.

Procédé de Skutsch. — Consiste à allonger la paroi vagi nale antérieure trop courte par une incision transversal qu'on réunit en long.

Procédé ou opération de Schucking. — Fixation du for de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin.

Procédé de Rabeneau. — Consiste à inciser le col, à ouvr le cul-de-sac antérieur et à séparer l'utérus de la vessie pa un instrument mousse, on incise ensuite la paroi antérieur de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres et on suture plaie.

Procédés de Sanger. — Ce chirurgien emploie deux pro cédés :

a. Le premier est une modification du procédé de Schu king ; ouverture transversale du cul-de-sac antérieur du va gin et du cul-de-sac du péritoine en arrière de la vessie, su ture du corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent pu réunion de la plaie vaginale suivant une légère verticale c façon à allonger la paroi antérieure de ce canal et à permett au col de se porter en arrière.

b. 2me procédé. — Dilatation de l'utérus, introduction d doigt dans sa cavité et, grâce à ce guide, placement d'un t métallique dans l'organe à travers le cul-de-sac antérieur c vagin laissé intact.

Procédé de Nicoletis-Richelot. — Consiste à faire d'abo l'amputation sus-vaginale du col ; puis à la partie postérieu on passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moign utérin de façon à les faire ressortir par l'orifice de la cavi utérine. Ces trois fils sont médians ; à côté d'eux à droite à gauche, on en passe deux autres, partant également de paroi postérieure du vagin et qui vont sortir, non plus da l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte q la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord en gri pant sur la tranche utérine. On complète l'affrontement p des points superficiels.

Procédé de Péan ou vagino-fixation. — On saisit les cloisons recto et vésico-vaginales avec de fortes pinces portées aussi en dehors que possible ; on fait écarter les parois du vagin l'une de l'autre sans procéder à aucun avivement, on traverse avec l'aiguille chasse-fil et d'avant en arrière la paroi latérale du vagin dans toute sa longueur en comprenant une grande épaisseur du tissu sous-muqueux aussi profondément que possible. Des anses de fil sont ainsi passées dans toute la hauteur du vagin à deux centimètres l'une de l'autre. La paroi du vagin se trouve de la sorte suturée à la paroi correspondante du bassin. Les fils sont laissés en place et coupent les tissus en y produisant des brides cicatricielles transversales allant dans la profondeur jusqu'au voisinage des os.

Procédé de Candela. — Hystéro-gastrorrhaphie vaginale.

Procédé de Freund ou colpo-hystéropexie pelvienne. — On fait une large ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin, on pénètre dans le péritoine et on suture la face postérieure de la partie sus-vaginale du col au revêtement séreux situé au-dessous du promontoire au voisinage des ligaments utéro-sacrés. On bourre ensuite le cul-de-sac de Douglas de gaze iodoformée et on rétrécit la plaie vaginale. Plus tard on refait un périnée si c'est nécessaire.

Hystéropexie abdominale. — Technique opératoire.

Procédé de Kœberlé et Klotz ou de la fixation indirecte. — On enlève d'abord l'ovaire et la trompe et on fixe le pédicule dans la paroi abdominale. Klotz adjoint un tube de verre en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatives.

Procédé de Olshausen et Sanger ou procédé de la fixation directe latérale du corps utérin. — On fait trois sutures de chaque côté sur les limites de l'utérus au niveau de ses bords à l'aide du crin de Florence, en ayant soin de ne comprendre

dans la suture que le feuillet séreux antérieur et de ne piquer la trompe ou l'artère épigastrique.

Procédé de Kelly. — Se rapproche de celui d'Olshaus Kelly fixe les cornes utérines au niveau de l'insertion des gaments ronds à la séreuse pariétale, après l'ablation l'ovaire.

Procédés de la fixation directe médiane du corps de l'ut rus. — Procédés de Léopold, Czerny, Terrier, Pozzi.

Procédé de Léopold. — Léopold fixe le fond même de l'utér à la paroi abdominale à l'aide d'une forte aiguille munie d'u fil de soie, le ventre ayant été ouvert et l'utérus redressé, o traverse la paroi abdominale tout entière, d'avant en arrièr on pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin à la partie la plu élevée de la face antérieure de l'utérus sur la ligne qui réuni l'insertion des ligaments ronds.

Procédé de Czerny. — Czerny traverse la paroi antérieure près du fond de l'utérus en comprenant l'aponévrose et le péritoine, mais sans comprendre les téguments dans le point de suture

Procédé de Terrier. — Il consiste à passer provisoirement un fil de soie dans le fond de l'utérus en pénétrant très peu dans son tissu pour attirer l'organe en haut. On fait ensuite trois sutures au catgut sur la face antérieure de l'utérus. La première au niveau de la réunion du col au corps, la seconde vers le milieu du corps, la troisième près du fond. Ces fils traversent la couche superficielle de l'utérus et toute l'épaisseur de la paroi abdominale à l'exception du tissu cellulaire et de la peau.

Procédé de Pozzi. — Pozzi applique à l'hystéropexie le procédé de la suture en surjet. L'utérus étant provisoiremen fixé avec des pinces tire-balle placées très superficiellemen sur la partie médiane du fond, on fait rapidement un surj ascendant, dont la spirale traverse successivement toute

artie profonde de la plaie abdominale, à l'exception de la eau et du tissu cellulaire, la couche superficielle de l'utérus ur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

De l'influence exercée sur les tumeurs malignes par une inflammation aseptique artificielle (Kronacher, communication préalable, *Centralblatt für Chirurgie*, 18 mai 1895). — Les toxines débarrassées des bactéries peuvent, suivant la quantité introduite dans l'organisme animal et leur concentration, provoquer des processus inflammatoires les plus divers. Ces processus tout en étant, dans la plupart des cas, moins dangereux que ceux causées par les bactéries elles-mêmes, sont loin d'être toujours dépourvus de tout danger : un grand nombre d'entre eux présentent un caractère éminemment toxique.

A part les bactéries et les toxines, il y a encore des pyrétogènes chimiques, l'essence de térébenthine par exemple. En effet, injectée en concentration voulue, elle donne lieu à une inflammation localisée, sans fièvre, ni état général, ni métastases. Cette question si longuement débatue, à savoir, si l'essence de térébenthine, l'huile de croton, le mercure, etc., sans la participation d'aucune bactérie, sont en état de donner naissance à une inflammation, est à présent résolue sans conteste dans le sens de l'affirmation : oui, il y a des agents pyrotégènes purement chimiques, ils peuvent produire des phlegmons typiques, mais ceux-ci ne s'accompagnent pas de

phénomènes généraux. Avec ces substances, on arrive aussi à obtenir les processus inflammatoires les plus divers en graduant savamment leur concentration et leur quantité.

L'on sait que les processus infectieux, tels que, par exemple, le lupus et les tumeurs malignes, sont souvent favorablement influencés par des inflammations intercurrentes ; s'est surtout l'érysipèle qui jouit sous ce rapport d'une notoriété bien méritée ; on est même allé jusqu'à proposer d'inoculer des streptocoques dans un but curatif. Ce procédé présentant toutefois des dangers assez notables (on a vu même la mort suivre ces inoculations), on s'est décidé récemment à avoir recours aux poisons bactériens. Mais alors s'est posé le problème que voici : où faut-il chercher ce poison, dans les bactéries, les toxines, les toxalbumines, dans l'amas des leucocytes causé par l'irritation bactérienne ou enfin dans le processus inflammatoire lui-même?

Si l'on prend en considération l'effet parfois curatif du processus inflammatoire sur certaines affections infectieuses (le lupus, par exemple) et les tumeurs malignes, et si l'on ne perd pas de vue les dangers inhérents aux inflammations d'origine bactérienne ou toxique, on comprendra aisément les raisons d'être des essais à entreprendre avec des inflammations artificielles d'origine purement chimique (par l'essence de térébenthine, par exemple), qui tout en étant aussi efficaces que les autres états inflammatoires sus-nommés, sont et restent localisées sans présenter jamais aucun danger pour l'organisme animal. L'auteur a institué des expériences semblables dans des cas de cancers inopérables, et il a obtenu des résultats très dignes d'intérêt et tout à fait remarquables : les observations détaillées seront ultérieurement rapportées par l'auteur. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 430 et 431.)

Sur l'opération des varices de jambes d'après le procédé de Trendelenburg (G. Perthes, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 16). — C'est surtout grâce aux recher-

hes de Trendelenburg que nous savons, que la cause princiale de l'apparition et de l'aggravation des varices de jambes l'est pas tant dans les difficultés qu'éprouve l'écoulement du ang des veines des jambes, mais bel et bien dans la pression xercée par le sang accumulé dans la veine saphène qui, ar suite de l'insuffisance des valvules veineuses, se traduit ux terminaisons périphériques de la veine. Aussi, partant de e point de vue, Trendelenburg conseille-t-il de lier la veine saphène à la partie supérieure de la cuisse.

G. Perthes rapporte 41 cas de varices de jambes traités de la sorte, avec 32 guérisons permanentes. La récidive dans quelques cas était due à ce que la veine saphène liée auparavant, était redevenue perméable : il en résulte qu'il vaut mieux remplacer la ligature simple par la résection d'une petite portion de la veine saphène.

Les résultats obtenus par l'auteur furent surprenants quant à la cessation des troubles subjectifs, de même que sous le rapport de l'amélioration des signes objectifs. Les ulcères de ambes déjà existants sont eux aussi rapidement améliorés grâce à la ligature de la veine. L'auteur recommande vivement e procédé opératoire des varices de jambe supérieur à celui le Madelung (extirpation des varices) de par sa simplicité lus grande. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, uin 1895, p. 349).

Médecine générale.

Contribution à l'action thérapeutique du mercure dans 'anémie (Vestri Ranieri, *Therapeutische Wochenschrift*, 895, n° 19, p. 380-382 et n° 20, p. 399-405). — L'effet du traitenent mercuriel sur le sang, est diversement apprécié par es auteurs. Tandis que les uns se prononcent en faveur de ses propriétés hématopoétiques, les autres le croient sans valeur aucune sous ce rapport ; il y a même quelques médecins qui le considèrent comme destructeur des globules sanguins.

Enfin, quelques médecins sont d'avis que tout en agissant comme hématopoétiques chez les syphilitiques, le mercure provoque l'anémie chez les sujets non atteints de syphilis. D'après Bossi, toutes ces contradictions s'expliquent facilement par la différence dans l'administration du mercure: autant les frictions rendent des services signalés quand on les applique avec circonspection et sont rarement suivies alors de stomatite mercurielle et d'autres effets secondaires fâcheux, autant elles peuvent devenir dangereuses quand on ne prend pas toutes les précautions voulues.

Dans ces derniers temps, Cavazzani a entrepris des recherches desquelles il résulte que le mercure, surtout le sublimé, augmente la force de résistance des globules sanguins rouges chez les sujets bien portants. Mais il a tout à fait laissé de côté la question de savoir, si le mercure agit favorablement aussi sur le sang des sujets cachectiques non atteints de syphilis. C'est à résoudre ce problème que s'est appliqué Castellino ; il est arrivé au résultat que le sublimé augmente chez les personnes cachectiques la force de résistance des érythrocytes et prévient les conséquences fâcheuses de la destruction des éléments morphologiques du sang. Ces expériences importantes n'ayant été soumises jusqu'à présent à aucun contrôle de la part d'autres médecins, l'auteur résolut d'essayer les injections de sublimé dans la région fessière chez cinq femmes extrêmement chloranémiques (nombre des globules rouges dans 1 centimètre cube de sang de 1,440,000 à 2,000,000 au lieu du chiffre normal 4,500,000, taux de l'hémoglobine de 2,8 0/0 à 4,90 0/0 au lieu du taux normal 11,20 0/0, nombre des leucocytes de 12,700 à 8,900 au lieu de 10,500, chiffre normal). Chez deux de ces femmes le sommet était touché.

Pour s'assurer de l'effet du sublimé, l'auteur soumit à un examen détaillé le sang et l'urine.

Dans le sang il détermina : 1° le nombre des éléments morphologiques, globules blancs et rouges (appareil de Tho-

ma-Zeiss calibré d'après le procédé de Castellino); 2° le taux de l'hémoglobine (hémomètre de Fleischl); 3° la forme et la résistance des éléments morphologiques du sang (procédé de Maragliano et Castellino); 4° l'alcalinité du sang (procédés de Cavazzani et Castellino).

Quant à l'urine, il y détermina : 1° l'urobiline (procédé de Méhu modifié par Viglezio); 2° l'acide urique (méthode d'Arthaud et de Butte); 3° l'azote (procédé Esbach-Damecy); 4° les phosphates (procédé personnel); 5° le coefficient urotoxique (procédé Bouchard).

Le sublimé était injecté dans les fesses à la dose de 0gr,001 par jour; dans quelques cas rares on est allé jusqu'à injecter 0gr,03 de sublimé par jour. En même temps on administra par la bouche 2 pilules de protoïodure d'hydrargyre à 0gr,01 par jour.

Voici les résultats obtenus par l'auteur :

I. Quant au sang :

1° Augmentation considérable du nombre des globules sanguins rouges (de 1,440,000-2,000,000 par centigramme ils ont monté à 3,215,000-4,875,000).

2° Augmentation du taux de l'hémoglobine (de 2,8 0/0-4,9 0/0 à 8,4 0/0-9,8 0/0).

3° Relèvement considérable de la force de résistance et de la vitalité des globules sanguins rouges (globules sanguins plus colorés, plus grande résistance à la pression).

4° Parallèlement augmentation de l'alcalinité du sang (de 0,127 0/0-0,190 0/0 à 0,1630 0/0-0,261 0/0; chiffre normal = 0,280 0/0).

II. Quant à l'urine :

1° Diminution de l'acide urique (de 2gr. — 1gr,04 à 0gr,76-0gr,62; chiffre normal = 0gr,50-0gr,70; 1gr,40 dans l'alimentation azotée).

2° Augmentation de l'urée (de 6gr,37-21gr,76 à 20gr,80-23gr,20; chiffre normal = 20-30gr par 24 heures).

3° Diminution de l'urobiline (de 0,4912 0/00-0,071 0/00 à 0,1416 0/00-0,0215 0/00; chiffre normal = 0,078 0/00).

4° Diminution des phosphates (calculés en acide phosphorique : de $5^{gr},03$-3 grammes à $2^{gr},57$-$1^{gr}37$; chiffre normal = $2^{gr},5$).

5° Diminution du coefficient urotoxique (exprimé en urotoxies, de 1,01-1,211 à 0,974-0,6321 ; coefficient normal = 0,498 urotoxies).

III. Quant à l'état général :

Relèvement de l'appétit, fonctions digestives mieux accomplies, augmentation des forces, élévation du poids du corps (de 47 kgr. à 48 kgr., de $48^{kgr},300$ à 50 kgr., de $34^{kgr},200$ à $36^{kgr},500$, de $42^{kgr},500$ à $45^{kgr},500$ et de $38^{kgr},500$ à $40^{kgr},500$). Pas d'effets secondaires fâcheux d'aucune sorte. Pour obtenir un effet favorable, il faut continuer pendant longtemps les injections de sublimé et l'administration des pilules de protoiodure, en suspendant de temps en temps les injections si le malade se plaint de quelque malaise.

Pharmacologie.

Quelques expériences pratiques avec la somatose (Weber, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 9). — La somatose est surtout indiquée dans tous les cas où il est d'importance de ne pas trop exciter la muqueuse gastro-intestinale irritée, à savoir dans la gastrite, l'ulcère rond, le cancer stomacal, etc. L'auteur a obtenu aussi de bons résultats dans la gastro-entérite des enfants à la mamelle. On mettra dans chaque biberon $1^{gr},5$ à 2 grammes de somatose et peut-être même la moitié seulement de cette quantité, pour ne pas trop augmenter la péristaltique intestinale.

La somatose serait aussi très utile dans toutes les formes de l'anémie, qu'elle soit idiopathique ou consécutive au rachitisme et à la scrofulose ; de même aussi on la prescrira avec profit après l'hémorrhagie et contre l'anémie des convalescents. Ces états anémiques sont surtout bien influencés par l'administration simultanée du fer et de la somatose : les ré-

ıltats ainsi obtenus sont de beaucoup supérieurs à ceux que ɔnne l'albuminate de fer tout seul.

Enfin l'auteur recommande vivement la somatose chez tous ɜs convalescents : grâce à sa résorption rapide, elle amé- ore la nutrition dès son institution et agit comme stimulant ur l'appétit. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 24, '. 328.)

Nouvelle contribution à la valeur nutritive de la somatose Eichhoff, *Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1895, nº 30). — Grâce . l'administration de la somatose, l'auteur a obtenu une aug- nentation du poids du corps de 5 kilogrammes chez un sy- hilitique atteint de cachexie mercurielle. La somatose ayant té remplacée par une autre substance nutritive végétale, le nalade perdit bientôt les 5 kilogrammes gagnés par lui sous 'influence de la somatose. Pour s'assurer d'une manière in- ontestable de la valeur nutritive de la somatose, l'auteur éadministra la somatose, toutes les autres conditions de 'alimentation restant égales : dans vingt-sept jours le malade ;agna de nouveau 2kr,250 : la somatose étant continuée, le poids lu corps ne cessa pas d'augmenter.

L'auteur conclut de cette observation que la somatose est ın aliment par excellence.

L'augmentation du poids du corps est-elle due à l'assimila- ion directe de la somatose ou à ce que la somatose, agissant ɜn qualité d'excitant ou de stimulant de l'appareil digestif, rend ılus parfaite l'utilisation des autres substances alimentaires ? ans s'aventurer dans la résolution de cette question, Eich- ıoff tient simplement à insister sur la démonstration éclatante le la valeur nutritive de la somatose que présente cette quasi- ɜxpérience sur l'homme. (*Therapeutische Wochenschrift*, 895, nº 24, p. 528.)

La créosote comme substance pour pansements (R. R. Vré- lène, *Vratch*, 1895, p. 444). — La créosote s'est montrée un

excellent antiseptique pour le pansement d'un grand nombre d'opérations pratiquées sur des foyers tuberculeux ou suppurés. On se sert d'une solution huileuse de créosote (1 : 12) dont on imbibe les tampons ouatés que l'on applique sur les plaies. Ce qui plaide surtout en faveur de ce pansement, c'est que les tampons n'adhèrent nullement aux bords de la plaie et qu'ils ne l'irritent pas. La créosote est en partie absorbée de la plaie : en effet, l'haleine des malades sentait la créosote. Presque pas de fièvre post-opératoire. (*Pharmaceutische Zeitschrift für Russland*, 1895, n° 25, p. 391.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Tuberculose humaine et sérum de chèvre tuberculisée (Boinet, *Société de biologie, séance du 6 juillet 1895*). — Tandis que des cobayes témoins ont succombé en deux ou trois mois à l'inoculation de produits tuberculeux humains, ceux qui reçurent six à seize centimètres cubes de sérum de chèvre inoculée avec la tuberculine ne présentèrent aucun accident. Encouragé par ces résultats l'auteur a injecté à huit tuberculeux vingt-quatre centimètres cubes de ce même sérum. Tous éprouvèrent une amélioration notable.

Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale, par A. Rey (*Lyon médical, juin 1895*). — D'après l'auteur, la trépanation costale dans l'empyème est une opération facile, bénigne, n'entrainant à sa suite qu'une effusion sanguine insignifiante. Elle doit porter de préférence sur la huitième et surtout sur la neuvième côte dans sa portion la plus large, c'est-à-dire en arrière, à sept centimètres de l'angle costal.

La couronne de trépan doit mesurer un centimètre de diamètre; on peut recourir à plusieurs ouvertures, soit sur le même os, soit sur différentes côtes plus ou moins rapprochées. Ce mode d'intervention permet de pratiquer largement et

squ'au bout l'antisepsie intra-pleurale, sans craindre la ıction des côtes et leur chevauchement par suite de rétrac- ›n. Il conserve intacte la cage thoracique plus encore que la section partielle et a, sur cette dernière tous les avantages 'un orifice parfaitement circulaire offre pour l'introduction ɹn drain à demeure.

L'intégrité absolue du thorax facilite le rétablissement de fonction respiratoire dans le côté malade.

Sérothérapie dans la tuberculose. (Redon et Chenot, *Société Biologie, séance du 29 juin 1895*). — Les A. ont fait de ›s nombreuses expériences en employant du sérum prove- nt d'ânes et de mulets ayant reçu des produits tuberculeux. ›s animaux supportent très facilement ces inoculations à doses plus en plus élevées et en employant des produits de plus ı plus virulents. Le sérum de ces animaux neufs n'a eu ı'une action empêchante faible contre le virus tuberculeux ır le cobaye et le lapin. Avec le sérum des ânes et mulets oculés, l'effet est plus marqué. Mais cette action est beau- ›up plus intense toujours en expérimentant sur les cobayes, rsqu'on emploie le sérum de ces animaux après les avoir umis à l'injection de tanin, puis ensuite de faibles doses émulsions tuberculeuses à virulence exaltée. L'action ıtituberculeuse est doublée alors d'une action antiseptique pable d'entraver le développement des agents de la putré- ction et de la suppuration.

Dans tous ces cas, les auteurs ont employé de la tuberculose ›rigine humaine à virulence entière ou même exaltée.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Sur l'emploi de l'acide trichloracétique dans les otites oyennes suppurées (W. N. Okouneff, *Monatsschrift für rheilkunde*, 1, 1895). — L'auteur s'est servi de l'acide tri- loracétique, pour faire tarir la suppuration, dans les otites

moyennes chroniques suppurées avec destruction considérable ou granulations proliférantes du tympan et, pour activer la cicatrisation, contre la perforation du tympan dont les bords sont déjà recouverts de peau.

Après avoir préalablement cocaïnisé le champ opératoire, l'auteur touche les parties malades de la muqueuse et les bords de la perforation avec une petite anse métallique munie d'un petit cristal d'acide trichloracétique; immédiatement après lavage soigné de l'oreille. Ces attouchements furent répétés 1-2 fois par semaine en cas d'otorrhée purulente et 1 fois par semaine seulement, en cas de perforation. Le pus sentait-il mauvais, il perdit rapidement sa fétitidité et diminua rapidement de quantité; l'infiltration et la rougeur de la muqueuse disparurent en peu de temps, les petites granulations s'évanouirent sans laisser de trace; en revanche, on échoua complètement contre les polypes de grosseur moyenne.

Ce qui est surtout digne d'attirer l'attention dans la communication de l'auteur, c'est la rapide cicatrisation des perforations invétérées du tympan cautérisées par l'acide trichloracétique.

Sur 42 cas traités par l'acide trichloracétique, est survenue dans 38 cas la cessation de l'otorrhée et dans 23 cas la cicatrisation de la perforation. L'auteur est d'avis que chez les sujets dont l'âge n'est pas au-dessus de 25 ans, ces cautérisations amèneront toujours la cessation de l'otorrhée, la cicatrisation des perforations et des lésions du tympan et le rétablissement de l'audition. S'agit-il des sujets au-dessous de 15 ans on peut même s'attendre à voir le tympan se régénérer aux dépens des débris de la membrane. (*Centralblatt für die gesammthe Therapie*, juillet 1895, p. 430 et 431.)

Pilocarpine dans le croup primaire. (M. Eberson, *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 533-535). — Dans le croup primaire qui est une affection absolument locale et où la mort survient dans la plupart des cas par suffocation,

arpine peut rendre des services signalés grâce à son n ramollissante sur les pseudo-membranes. On peut se re sûrement à l'abri de son influence nocive sur le cœur lministrant aux enfants, à la dose de une cuillerée à café ›s les heures, une solution de $0^{gr},03$ de chlorhydrate de arpine dans 150 grammes d'eau; ces doses minimes de arpine sont dépourvues de toute action toxique sur le ·. Mais pour qu'elle manifeste son action bienfaisante, il donner la pilocarpine sans interruption jusqu'à disparition ›us les phénomènes de suffocation.

l'appui de ses assertions, l'auteur rapporte l'histoire mée de treize cas de croup très grave (cyanose extrême, ıction du thorax, tirage, excitation et dyspnée très intense): eut 6 morts et 7 guérisons. Mais la mortalité passable- ; élevée est due à ce que, dans les cas terminés par la ;, on n'a essayé que timidement le traitement par la pilo- ine. L'auteur est persuadé que l'aurait-on appliqué avec équence, les résultats obtenus eussent été de beaucoup leurs.

Maladies de la peau et syphilis.

s injections intraveineuses de sublimé dans le traite- t de la syphilis (Görl, *Münchener medicinische Wo- schrift*, 14 mai 1895). — L'auteur s'est servi, pour les :tions intraveineuses de sublimé prônées par Baccelli, e solution dans l'eau salée à 1 : 3 : 1000. Les injections ›nt répétées tous les 2 jours : on commença par injecter ntimètre cube de la solution sus-indiquée et on alla gra- lement jusqu'à 2 à 5 centimètres cubes.

technique est assez simple, si le malade présente des es se dessinant bien sous la peau : on applique un ban- compressif que l'on enlèvera immédiatement après · introduit l'aiguille de la seringue dans la lumière de la ɜ. Il est à recommander d'introduire l'aiguille mince

pointue et aussi courte que possible d'un coup assez sec très obliquement dans la veine. On se met ainsi à l'abri d traverser la veine de part en part : du reste la mobilité ex trême de l'aiguille, démontrera bel et bien qu'elle se trouv dans la veine.

Le sublimé introduit dans la veine ne s'éliminant pas le jou même de l'injection, celle-ci ne sera répétée que tous l deux jours et même tous les trois jours, si l'injection été faite avec 5 centimètres cubes de sublimé. De la sorte on e arrivé à guérir les cas traités en n'employant qu'une très peti quantité de sublimé. Pas d'albuminerie, ni hémorrhagie i testinale, ni thrombose.

L'injection n'a-t-elle pas été faite avec toutes les préca tions voulues et quelques gouttes de sublimé ont-elles pénét dans le tissu périvasculaire, il survient des phénomènes d' ritation locale plus ou moins accusés suivant la conce tration de la solution employée. L'aiguille a-t-elle effecti ment pénétré dans la veine, l'injection est absolument ind lore; aussi, si dès le début de l'injection, le malade ressent la douleur, il est hors doute que l'on s'est égaré dans le tis périvasculaire. Dans un cas semblable on fera bien de reti immédiatement l'aiguille et de renouveler l'injection à autre point de la veine.

Ainsi qu'il ressort de l'histoire de trois cas communiqués p l'auteur, les résultats favorables ne se sont pas fait attend Les données de Baccelli ont été confirmées par d'autr médecins, entre autres par Blaschko et Ulma; ce derni injectait tous les jours une seringue de Pravaz, d'une soluti de sublimé à 1 à 2 0/0.

Il faut noter particulièrement les phénomènes surven dans un cas, après la troisième injection (0gr,006 de sublim à la base d'une syphilide papillaire : on avait l'impressi comme s'il s'agissait d'une légère cautérisation au sublir Dans un autre cas on administra, à titre d'essai, concurre ment aux injections, trois fois par jour une cuillerée à c

ıne solution d'iodure de potassium, pour voir si ces deux ədicaments combinés donnaient naissance dans l'organisme les composés iodohydrargyriques délétères : mais rien n'est rvenu dans ce cas.

Les avantages de cette méthode de traiter la syphilis constent en l'absence de toute douleur, la petite quantité de ıblimé injecté, la guérison rapide, l'innocuité et en ce qu'elle attire pas l'attention sur les malades. Mais elle présente ıssi des inconvénients : elle est inapplicable chez des per-›nnes (les femmes, par exemple) qui ne présentent pas de réəau veineux sous-cutané perceptible à la vue, de plus les écidives apparaissent en peu de temps.

Aussi cette méthode n'est à employer que dans des cas bien éterminés, à savoir là où les autres préparations hydrargyiques sont contre-indiquées ou ne sont pas sous la main, hez les sujets cachectiques, chez ceux qui ont une peur leue des autres injections douloureuses, ou souffrent de la ıercurophobie, et enfin dans les cas où l'on se trouve en résence de symptômes menaçants, dans la syphilis cérérale ou oculaire par exemple, où il importe beaucoup de 'apper un coup décisif le plus rapidement possible. Mais ıns ces derniers cas on fera suivre les injections de fricons, pour se mettre sûrement à l'abri de la récidive. (*Thepeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 465).

Maladies du tube digestif.

Traitement d'un anus contre nature par la résection testinale et par l'application du bouton de Murphy *'ociété de Chirurgie, séance du 24 juillet 1895*). — M. Reclus t une observation de M. Forgue, de Montpellier, sur la cure un anus contre nature.

Cet anus siégeait sur le cœcum, il datait de sept mois et ait d'origine herniaire. Il y avait un prolapsus énorme des ›ux bouts. Le boudin d'invagination avait trente-cinq centi-

mètres de long. Le malade dément se nourrissait peu et éta cachectique.

Le malade fut opéré le 10 février 1895. On réduisit prolapsus et on appliqua des tampons sur les deux bout Puis on fit une laparotomie, on disséqua les deux bouts d l'intestin, on les libéra en protégeant le péritoine grâce à de compresses. Le bout côlique était très épaissi. On réséqua un largeur d'intestin de deux centimètres sur chaque bout, pu on voulut faire l'anastomose des deux bouts au moyen d bouton de Murphy non articulé. Mais l'application du bouto fut d'une application très pénible, l'épaisseur des paroi intestinales étant très grande. On fit l'abrasion de la muqueuse Pendant les longs essais que nécessita l'articulation d bouton, il se déclara un shock. Laissant alors en place le deux portions du bouton de Murphy non articulées, on fi par-dessus une entérorraphie hermétique pour termine rapidement l'opération. Mais le malade mourut dans la nui sans sortir de son état de shock. En somme, étant donn l'épaisseur considérable des parois de l'intestin, l'articulation du bouton de Murphy fut impossible, et le bouton qui, d'ordinaire raccourcit les opérations sur l'intestin a, au contraire, dans ce cas prolongé l'opération.

Une nouvelle méthode de traitement de la péritonite tuberculeuse (W. Nolar, *Niederländische Zeitschrift für Gesundheitskunde*, 1894). — S'appuyant sur trois cas traités par lui, l'auteur se prononce vivement en faveur de la méthode préconisée par v. Mosetig pour le traitement de la tuberculose du péritoine, à savoir, la ponction suivie de l'insufflation d'air stérilisé : en effet, Nolar est d'avis, que c'est le contac avec l'air qui agit le plus efficacement dans la péritonite tuberculeuse quand on a recours à la laparotomie; or, le procédé préconisé par lui, concourt au même but par des moyer beaucoup moins compliqués et, par suite, moins dangereu

Des 3 cas traités par l'auteur par la ponction et l'insu

lation d'air stérilisé, 2 ont guéris, tandis que dans le troisième, mort 1/2 mois après l'opération, l'ascite ne s'est pas renouvelée. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, mai 1895, p. 287.)

REVUE DES LIVRES

Pathologie externe.

Leçons de clinique chirurgicale du professeur TILLAUX, rédigées et publiées par le Dr Paul THIÉRY. (Paris 1895, Asselin et Houzeau, éditeurs ; 1 vol. 530 pages.)

Ce livre contient une grande partie des leçons faites par le professeur Tillaux pendant ces trois dernières années à la Pitié et à la Charité. Ces leçons faites avec le talent et la clarté bien connus du maître qui a écrit le *Traité de chirurgie clinique* ont été rédigées avec le plus grand soin par le Dr Thiéry, chef de clinique de la Faculté. C'est un véritable recueil de faits isolés dans lesquels chaque malade est l'occasion d'une étude particulière, à la fois, au point de vue de l'affection chirurgicale, et à celui du diagnostic et du traitement approprié.

Œuvres complètes du Dr E. RELIQUET, ancien professeur libre à l'École pratique de la Faculté de médecine, réunies et publiées par A. GUÉPIN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

TOME Ier. — TRAITÉ DES OPÉRATIONS DES VOIES URINAIRES. Opérations qui se pratiquent sur l'urèthre ; Cathétérisme, boutonnière uréthrale, examen du canal avec les instruments spéciaux, différents procédés pour porter des topiques dans l'urèthre,urèthrotomies, opérations dirigées contre les fistules urinaires ou contre les vices de conformation du canal. Un portrait de l'auteur et une étude sur l'intoxication urineuse sont placés en tête de ce volume. Prix 6 francs.

TOME II. — TRAITÉ ET OPÉRATIONS DES VOIES URINAIRES. Opérations qui se pratiquent sur la vessie : examen de la vessie; injec-

tions vésicales; opérations pratiquées dans la vessie par l'urèthre; lithotritie, avec la description détaillée des instruments et du manuel opératoire de l'auteur; procédés d'extraction des corps étrangers; tailles chez l'homme et chez la femme. Prix : 6 francs.

TOME III. — LEÇONS SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES faites à l'École pratique de la Faculté de médecine. Étude de la miction; spasmes de la vessie et de l'urèthre; action du chloroforme sur l'urèthre et sur la vessie; stagnations d'urine. Prix : 6 francs.

Les œuvres complètes de M. le Dr Reliquet formeront 6 volumes. Les tomes IV, V, VI, paraîtront avant le 1er novembre 1895.

L. Battaille et Cie, éditeurs, 23, place de l'École de médecine. Envoi franco contre mandat-poste,

Médecine générale.

Précis clinique des maladies du système nerveux, par le Dr G. ANDRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. (Paris 1895, Octave Doin, éditeur; 1 vol. de 1,056 pages.)

Ce précis clinique des maladies du système nerveux est un véritable traité complet des affections nerveuses tout à fait au courant des travaux nouveaux, parus dans ces dernières années.

L'auteur commence par initier le lecteur sur la semeiologie indispensable à connaître pour les études de neuropathologie; puis après avoir parlé de l'hérédité, qui joue un rôle si important dans les maladies nerveuses, l'auteur aborde l'étude des maladies du cerveau, du cervelet et du bulbe rachidien; les affections des méninges et de la moelle épinière viennent ensuite, suivies des différentes maladies nouvelles telles que la maladie de Thomson, la maladie de Fridreich, la syringomyélie, etc. Les myopathies et les myélopathies sont également décrites avec soin. Enfin, l'auteur, après avoir passé en revue les affections des nerfs et les névroses, termine son livre par un précis d'électricité médicale et d'électrothérapie.

La lèpre dans ses aspects cliniques et pathologiques, par les Drs G. ARMAUER HANSEN et CARL LOOFT, traduit par NORMAN WALKER, assistant de dermatologie à l'infirmerie royale d'Edimbourg. (Bristol, John Wright et Cie, éditeurs; 1 vol. de 145 pages.)

Ce livre écrit en anglais est une étude remarquable de la lèpre et son bacille. Cette question de la lèpre est actuellement à l'ordre du

jour et présente un intérêt de premier ordre car certains auteurs tendent à faire un rapprochement entre cette affection, la syringomyelie et la maladie de Morvan. Toutes ces questions sont traitées dans ce livre qui contient 5 planches en photographie dans le texte et 8 planches coloriées hors texte.

Les deux derniers chapitres traitent largement de l'étiologie et de la thérapeutique de cette affection.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par le Dr Gilles de la Tourette (seconde partie, 2 vol., Plon et Nourrit, éditeurs, 1895).

Les deux nouveaux volumes du traité de l'hystérie du Dr Gilles de la Tourette finissent ce travail si complet sur la grande névrose qu'on commence à bien connaître aujourd'hui grâce à l'auteur qui a fait don aux praticiens et aux élèves, d'un véritable traité classique. Dans cette nouvelle publication l'auteur traite tous les paroxysmes de l'hystérie.

Parmi les parties intéressantes de l'ouvrage, nous pouvons citer un caractère pathognomonique de la névrose dans des cas où la confusion est possible : nous voulons parler de l'inversion de la formule des phosphates; il faut encore signaler comme chapitre original celui qui traite de la diathèse vaso-motrice qui explique la pathogénie de certains phénomènes cutanés, tels que le dermographisme, les ecchymoses spontanées, la gangrène cutanée chez les hystériques.

Le Dr Gilles de la Tourette montre encore que la tétanie, si rare en France et qui paraît si commune dans certains pays étrangers où l'hystérie semble méconnue, n'est pas autre chose qu'une crise apparaissant sous forme de contracture hystérique.

L'ouvrage se termine enfin par un exposé clair et pratique des moyens thérapeutiques qui permettront aux praticiens de combattre cette commune et fâcheuse névrose.

Anatomie.

Recherches anatomiques sur les artères des os longs, par le Dr Siraud. (1 vol. de 100 pages, Octave Doin, éditeur, 1895.)

Ce travail fait au laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon, porte sur le système artériel des os longs, humérus, cubitus

et radius; fémur, tibia et péroné. Il comble une grosse lacune, l'étude des vaisseaux des os étant à peine indiquée par les auteurs classiques.

Voici les conclusions de cet intéressant mémoire que terminent 4 planches en chromolithographie : Il existe, pour les os longs des membres, une disposition caractéristique des vaisseaux artériels dont la formule schématique peut être ainsi exprimée : Autour de chaque épiphyse se trouve un cercle artériel embrassant l'os dans son circuit, formé par des artères importantes, le cercle artériel périépiphysaire fournit à l'extrémité de l'os long des branches périostiques et surtout intra-osseuses. La diaphyse est vascularisée par le réseau artériel périostique, ramifié dans l'épaisseur du périoste. Ce réseau est alimenté par des sources diverses : les troncs artériels principaux, des artères musculaires, cutanées... De la face profonde du périoste partent de fines artérioles qui se rendent au tissu osseux diaphysaire par les canalicules de Havers. Le canal diaphysaire et la moelle qu'il renferme sont irrigués par une artère volumineuse : la nourricière diaphysaire ou artère médullaire qui, dans le canal se divise en deux branches inégales en calibre et en longueur. Ces divers systèmes de vaisseaux artériels des os longs sont en communication constante les uns avec les autres; il n'y a pas de territoire vasculaire distinct pour une partie d'un os long.

L'Hygiène.

Traité d'hygiène publique et privée, par le Dr Jules Rochard. (Paris 1895, Bataille et Cie, éditeur, 2e et 3e fascicule.)

Les deux fascicules (2 et 3) qui viennent de paraître du *Traité d'hygiène publique et privée* du Dr Jules Rochard comprennent : la fin du chapitre II sur les airs, les eaux et les lieux ; on y trouve les questions suivantes : l'atmosphère et les climats. Le commencement du chapitre III qui a trait à l'hygiène de l'habitation ; les villes, les maisons, les habitations collectives, les services complémentaires de l'habitation.

Toutes ces questions sont traitées de main de maître et avec tout le talent et la compétence qui caractérisent l'auteur.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 167.9.95.

Louis PASTEUR

La France a fait, le 5 octobre, de magnifiques nérailles à Louis Pasteur, qui a vu sa dépouille ortelle suivie par tout ce que le pays compte llustre et entourée d'autant d'honneurs que celle in souverain.

Souverain, il l'était, de par la force du génie, et ne des plus belles antithèses morales de ce siècle ra certainement la destinée de cet enfant des osges, dont la vie tout entière s'écoula de la maère la plus modeste, tandis que la renommée tourait, dans le monde entier, d'une auréole de oire, son nom et son œuvre.

La révolution opérée dans les sciences naturelles, imiques et médicales par les travaux de Pasteur t immense, aussi ses premières recherches furentes combattues avec véhémence par les représennts des vieilles théories. L'homme, d'ailleurs, tout tier à son œuvre, représentait non seulement un vant, mais aussi un terrible lutteur; sa polémique ait ardente et passionnée, et les échos de l'Institut de l'Académie de médecine frémissent encore des utes violentes qui se sont livrées entre Pasteur et s contradicteurs.

Celui-là ne tarda pas à triompher et, depuis quinze ans, nul ne songe à nier le rôle des bactéries dans les fermentations et dans les maladies infectieuses, la doctrine du maître s'est imposée et sur les débris des vieilles théories scientifiques s'est élevée une science nouvelle, qui a transformé, non seulement la médecine, mais encore toutes les industries qui reposent sur les fermentations.

L'agriculture doit à Pasteur la connaissance exacte du charbon et la possibilité de préserver les animaux de cette terrible maladie par la vaccination charbonneuse. Les vignerons et les brasseurs lui doivent la *pastorisation,* les sériciculteurs ont été sauvés de la ruine par ses travaux sur la panspermie des vers à soie.

C'est par milliards qu'il faut compter les sommes rendues par lui à l'industrie, grâce à ses admirables travaux sur le charbon et sur les fermentations, et cependant Pasteur n'a jamais voulu sortir de son rôle de savant, pour prendre la part qui lui était bien due des richesses sauvées. En échange des services rendus à son pays et à l'humanité, il demanda seulement des moyens de travail plus puissants, pour être à même de poursuivre de nouvelles investigations.

Mais c'est en médecine surtout, que le rôle de Pasteur se montre d'une façon tellement géniale, que l'on est en droit de soutenir que jamais aucun homme n'aura accompli en si peu de temps une pareille révolution.

Par lui, en effet, les bases de la pathologie générale ont été transformées de fond en comble. Par lui, la bactériologie a été fondée de toutes pièces et, grâce aux travaux du maître et des nombreux élèves ou imitateurs faits par lui, dans le monde entier, des notions nouvelles sur la pathogénie des maladies infectieuses sont nées, au plus grand profit de la thérapeutique.

L'antisepsie et l'asepsie, ces éléments de la chirurgie moderne, n'existaient pas avant lui. Certes, Guérin et Lister avaient entrevu les progrès à chercher, mais c'est Pasteur qui, par ses recherches brillantes sur les bactéries, a montré leur rôle dans la septicémie et cela avec une si admirable clarté, que, du jour au lendemain, comme par un coup de baguette de fée, la septicémie, la fièvre purulente ce cauchemar des opérateurs et des accoucheurs avait fui, tuée par l'œuvre de l'illustre maître.

Après ce triomphe, la médecine avait fait, en un jour, plus de progrès que nos pères en plusieurs siècles. Une ère nouvelle se créait ; coup sur coup, des théories nouvelles se faisaient jour, sur le rôle de l'infection dans les diverses maladies, sur les effets des toxines sécrétées par les bactéries, sur la possibilité de créer l'immunisation ou de tenter la thérapeutique des maladies infectieuses par la vaccination.

C'est ainsi que nous avons vu, entre mille autres, la vaccination contre la rage et la diphtérie, les tentatives de Koch et de tant d'autres contre la tuberculose, le choléra, le tétanos, l'érysipèle, etc.

Certes, si les résultats du traitement contre la rage et la diphtérie ont été acceptés d'emblée, officiellement, pourrait-on dire, en raison de l'autorité du maître et de son collaborateur Roux, il n'en a pas été de même des autres et de graves déboires doivent être enregistrés.

Mais qu'importe ! Si les tâtonnements sont lents, si même, dans l'avenir, la foi fléchit relativement à des résultats considérés aujourd'hui comme acquis, le champ immense des investigations n'est-il pas ouvert à l'ardeur des recherches modernes ? Les résultats biologiques démontrés exacts ne sont-ils pas là, pour diriger les savants dans la voie nouvelle ?

La Thérapeutique est une science ardue et pleine de décevances, on ne doit s'y engager qu'avec une prudence souveraine et un scepticisme raisonné; ce n'est pas en un jour, en un an, en un siècle même que l'homme pourra prendre possession de procédés efficaces pour lutter contre les maladies qui l'assiègent.

Mais, grâce à Pasteur, grâce à la foi persévérante et fanatique de ses élèves, les progrès marchent, les faits s'accumulent. Pour réussir en toute chose, il faut, comme le disait le maître « une foi aveugle en un idéal ». Il est bien facile à l'observateur critique de mettre en évidence la contradiction et les empressements trop hâtifs. Mais la critique est par essence inféconde et la foi seule peut soutenir le savant dans ses recherches pénibles : cette foi, Pasteur la possédait au suprême degré et c'est elle qui lui a donn

les intuitions géniales qui mettront son nom à côté, peut-être même au-dessus de tous les grands noms qui ont illustré les bienfaiteurs de l'humanité, car il a sauvé de la mort des millions d'êtres humains.

L'œuvre de Pasteur le place assurément en tête de tous les génies, pourtant nombreux du XIXe siècle, sa gloire pure et sans aucune tache d'intérêt personnel a répandu son nom dans le monde entier et devant elle toutes les nations se sont inclinées.

Par l'immensité des services rendus, Pasteur appartient à l'humanité tout entière, mais cependant nous ne pouvons oublier que cet enfant de France a fait respecter la science française au début d'une ère douloureuse, à un moment où, peuple vaincu et succombant sous le poids de ses fautes, nous étions volontiers rabaissés par les autres nations. Certes, les heures pénibles sont aujourd'hui loin de nous, la France a pu se relever de ses défaites et reprendre le rang qui lui appartient, mais, dans cette rénovation générale, le grand nom de Pasteur n'a-t-il pas la plus grande part? La justice veut que nous répondions affirmativement, et en rendant à cet homme de bien, au moment de sa mort, un hommage souverain, la France n'a fait que lui payer le juste tribut de reconnaissance qui lui était dû.

Dr G. BARDET.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Revue générale thérapeutique et pathogénique.

Par M. A. Tripier (1).

Messieurs, voici un siècle et demi que la thérapeutique utilise l'énergie électrique ; un siècle environ qu'on la fait intervenir dans les recherches physiologiques. Après des résistances sur lesquelles ce n'est pas ici le lieu de s'arrêter, les utiles contributions de l'électricité à l'art de guérir commencent à être acceptées. Depuis la fondation de notre Société, je songeais à porter un jour devant elle une question dont la situation générale au moins ne pouvait manquer d'intéresser ses membres ; mais j'ai été jusqu'ici retenu par la crainte d'avoir à entrer, à son endroit, dans des considérations dont le vague pourrait gêner les habitude d'esprit d'un milieu scientifique. Vous me pardonnere d'apporter, dans une réunion où l'on est habitué aux déve loppements précis, aux assertions bien définies, l'exposé d tentatives dont l'histoire procède par des soubresauts qu'o ne rencontre guère dans les évolutions scientifiques.

C'est entre 1740 et 1750 que, partant de l'observation de secousses provoquées par la décharge disruptive des ma chines à frottement, on a essayé ces secousses contre le

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner aux lecteurs du *Bu letin* la très intéressante conférence faite par notre collaborat A. Tripier à la Société des électriciens. Ce travail a l'avantage résumer d'une façon claire et précise les changements survenu depuis une dizaine d'années dans l'électrothérapie à la suite des pr grès accomplis par les physiciens. Dr G. B.

.ffections caractérisées par l'abolition du mouvement, et, ›ar extension, contre toutes les impotences fonctionnelles. En même temps, l'observation de la divergence des cheveux ›endant la charge d'un sujet, conduisait à essayer celle-ci lans des voies moins définies.

Vers 1785, ces applications commençaient à jouir de [uelque faveur, lorsque bientôt les découvertes de Galvani, ›uis de Volta, les firent abandonner. Le couple de Galvani ı'a pas d'histoire médicale : la pile de Volta le fit vite ›ublier ; j'essaye, depuis quelques années, d'en ramener 'usage.

La fortune de la pile de Volta ne fut d'abord guère plus ›rillante : on s'en servit pour donner des secousses à la ermeture du circuit, sans utiliser l'action chimique de son onctionnement permanent. Son introduction fit abandonıer l'emploi des machines statiques, qu'elle fit juger incomnodes et encombrantes ; mais on ne tarda pas à voir que, nême à ce point de vue étroit, on n'avait rien gagné ; et la ›ile fut abandonnée à son tour, sans qu'on revînt pour ela aux machines à frottement. Il faut arriver vers 1850 our voir se répandre, bien modestement, l'usage du courant oltaïque continu.

Autour de 1830, la découverte des phénomènes d'inducon avait conduit à établir des appareils (bobine de Masson, ıachine de Pixii) qui ramenèrent l'attention sur l'usage de électricité, surtout, je crois, parce qu'il fut établi de ces ıstruments des modèles maniables. Mais ce n'est qu'à parr de 1850, lorsque parurent les travaux de Duchenne, que s applications des courants induits commencèrent à se ›pandre.

Aujourd'hui, *la mode* ramène aux machines dites *statiques*, n attendant peut-être qu'elle les abandonne encore pour s appareils à courants sinusoïdaux de M. d'Arsonval et s pratiques qui découleront nécessairement de ses belles

expériences sur l'induction par courants alternatifs de hautes fréquences. Faisons en sorte que ces évolutions ne nous fassent pas perdre le bénéfice des acquisitions antérieures, comme il est arrivé jusqu'ici toutes les fois qu'un instrument nouveau, ou renouveau, a été mis entre les mains des médecins.

Les cahots de l'histoire dont je viens de rappeler les grands traits ne sont provoqués ou influencés par aucune considération physiologique ou thérapeutique ; tout s'y réduit à des questions d'instruments qui se succèdent et se remplacent au hasard de la fabrication : pour les médecins, le dernier paru doit être le meilleur.

Quand il s'agira de formuler les opérations à exécuter avec ce matériel, c'est à lui qu'on empruntera une terminologie ; mais celle-ci suivra les changements d'appareils de trop loin pour fournir les renseignements qu'on en devrait attendre. Tout d'abord, au siècle dernier, le mot *électrisation* suffit ; avec quelques adjectifs bien choisis, il dit clairement ce qu'il veut exprimer. Après Galvani, il est remplacé par *galvanisation*, qui, aujourd'hui encore, a cours pour tout ce qui n'est pas électrisation par les machines à frottement ou par les électrophores à rotation.

Cependant Duchenne de Boulogne avait proposé le mot *faradisation* pour indiquer l'emploi des courants d'induction ; ce néologisme commence seulement à entrer dans l'usage.

Lorsque les applications du couple de Galvani me parurent mériter d'être reprises, je proposai de leur réserver le nom de *galvanisation*, et d'appeler *voltaïsations* les applications dans lesquelles le patient ne fait plus partie du moteur, mais est intercalé dans la portion extérieure de son circuit ; cette distinction n'est pas encore acceptée.

Pour les applications, récemment reprises, des machines dites *statiques*, on a proposé le nom de *franklinisation*. Il

it peu euphonique, mais permet de restituer au mot *élec-isation* son sens générique ; il a été accepté sans diffi-ılté.

Avec ces dénominations, aidées au besoin de quelques ljectifs (continu, discontinu, oscillant), nous parviendrons nous entendre, c'est-à-dire à indiquer, ou à peu près, le rocédé employé dans une application donnée.

Si je viens de m'arrêter sur cette question d'un essai de rminologie que les physiciens nous reprochent quelquefois ır des raisons plausibles, c'est que je la crois défendable, ı moins pour un temps : l'évolution de l'électrothérapie з nous a pas permis d'essayer de nous faire comprendre ıtrement. Ce n'est là, sans doute, qu'une logomachie pro-.soire ; une classification des ressources *médicales* que ous offre l'électricité devra être basée, non sur le matériel lectromoteur, mais sur les actions qu'il nous permettra 'exécuter : actions permanentes ou variables, à périodes ›ngues ou courtes, à intensités et à tensions fortes ou fai-les. Cette classification sera-t-elle possible avant la fin du iècle prochain ? J'en doute ; et c'est ce qui me fait prendre ı défense d'expédients sur lesquels je crois qu'il serait tile de se mettre d'accord ; ce qui est d'ailleurs loin d'être ıit.

Avant de passer de la physique à la thérapeutique, il ous faudrait compter avec la physiologie, normale d'abord, athologique ensuite.

On a vu des contractions musculaires provoquées par la écharge disruptive (franklinienne, voltaïque, faradique), ıtéressant les nerfs et les muscles. La pratique est partie з là, et de là seulement. Des études d'électrophysiologie ıt bien été poursuivies dans les laboratoires ; mais elles ıt été et sont encore sans influence sur la pratique médi-ıle ; je n'aurai guère à m'y arrêter.

C'est surtout en mettant de l'ordre dans les idées susci-

tées par l'observation sommaire qu'a été féconde une ex
rience classique de Cl. Bernard, qui remonte à quara
ans.

Dans le circuit extérieur d'une pile sont intercalés
voltamètre à décomposition d'eau, un train postérieu
grenouille et un interrupteur à mouvement d'horlogerie
moteur est unique ; c'est la pile. L'interrupteur sert à
dre à volonté l'action de cette pile continue ou intermitte
Le voltamètre et la grenouille sont des réactifs destin
accuser les effets produits par le passage du courant.
quand l'interrupteur est au repos, que le courant passe d
manière continue, on voit un dégagement de bulles gaze
accuser la décomposition de l'eau dans le voltamètre ;
dant ce temps, aucun effet n'apparaît dans la grenou
Qu'on fasse alors fonctionner l'interrupteur : le couran
vient intermittent ; la décomposition de l'eau cesse d
apparente dans le voltamètre ; mais le train postérieu
la grenouille entre en convulsions.

Depuis cette expérience, les effets des flux et
courants ont fait distinguer des actions *variables* et
actions *permanentes ;* c'est sous ces titres que nous les
serons en revue.

D'une manière générale, et sous des réserves que
aurons à préciser, on a admis, d'après l'expérience de
Bernard, que les réactions mécaniques et physiologi
(les réactions *fonctionnelles* immédiates) seraient plus
cialement liées à l'*état variable*, tandis que les réactions
tritives dépendraient plutôt de l'action *permanente*.
faudrait pas prétendre, par cette proposition, exclur
conséquences nutritives des actions variables, pas plus
les conséquences fonctionnelles des actions permane
mais alors les effets d'ordre fonctionnel ou d'ordre nu
sont indirects, secondaires. Leur valeur thérapeu
n'en est pas amoindrie ; mais il importe que la décisi

qui les applique tienne compte du mécanisme et de aînement des réactions physiologiques qu'il cherche à quer.

ée thérapeutique mère, en électrisation variable, a ıjours le réveil, par l'excitation de la variation d'état que, d'une fonction neuro-musculaire endormie. ıe les anciens, on étendit cette indication des mus- ıx glandes.

résultats obtenus de ces actions variables ne devaient re restreints à l'appareil locomoteur : il y avait lieu poursuivre dans la thérapeutique des appareils viscé- c'est de ce côté surtout que je dirigeai mes recher- limitées par un ordre d'obstacles (les complications ıs) sur lequel j'aurai à m'arrêter tout à l'heure.

premières tentatives de Thérapeutique splanchnique nt les effets mécaniques des contractions muscu- : voltaïsation discontinue contre l'obstruction intes- (Leroy d'Étiolles, 1825) ; faradisation, contre les s accidents (Duchenne, Tripier) ; faradisation dans la les hernies (Tripier) ; faradisation pour arrêter les ·ragies après l'accouchement (Radford). C'est dans le ordre d'idées que, m'adressant à l'utérus à l'état de é, je demandai à des contractions de sa masse ou à ontractions isolées d'une de ses faces la cure de ses gements et de ses déviations ; que, m'adressant à ıs aussitôt après la délivrance, je le faradisai pour ser son retrait, diminuer par là les chances d'infec- uerpérale, et abréger la convalescence de l'accouche-

sphère de ces actions dépassait toutefois les buts et l'épreuve clinique nous ménageait nombre d'heu- ı surprises. Nous nous étions adressé à la motricité, par des moyens qui affectaient plus ou moins la sensi- ; d'où des réflexes qui n'intéressaient pas seulement

les muscles que nous voulions faire contracter ou tétani

Mon premier étonnement de ce genre porta sur la cir lation : la faradisation du scrotum, pratiquée en vue d' hydrocèle enkystée du cordon spermatique, rendait per tibles au doigt, et cela pendant la séance seulement, pulsations de l'artère spermatique. La faradisation en m d'une région y déterminerait donc une *hyperémie*, suractivité de la circulation, passagère. Celle-ci pou être utilisée soit pour *drainer* la région (et c'est beau par là que devaient agir mes faradisations utérines), pour opérer des *dérivations ;* et c'est ce qui me condui opposer couramment la faradisation en masse du ba aux menaces de congestions vers la tête et surtout ve poitrine, congestions si communes notamment chez femmes en travail de ménopause.

Quant au drainage circulatoire, il expliquerait, au m partiellement, les bons effets obtenus de la faradisa contre les épanchements synoviaux, contre certains é chements séreux, contre les effets congestifs des tra tismes récents et les *stases* qui leur succèdent dan traumatismes anciens (entorses, luxations réduites, co sions, etc.).

L'excitation de l'état variable (et sa forme la plus mode, la seule qui ait été largement expérimentée jusq est la faradisation) nous donne donc déjà le moyen de plir bien des indications thérapeutiques : sollicitatio mouvement localisé ou généralisé, soit en vue de ce vement lui-même, soit en vue de ses conséquences n niques ; et suractivation de la circulation, soit en vue effets locaux de cette irrigation sanguine, soit en d'opérer des dérivations.

Ce dernier objectif (celui d'opérer des dérivations mène à envisager l'excitation variable au point de vue autre ordre d'indications qui a toujours tenu une

ace en thérapeutique : il s'agit de la *révulsion*. Là où la ›rivation agit directement, quoique par appel éloigné, la ›vulsion agit sur place par mécanisme réflexe. S'il n'y ʳait qu'à choisir, mes préférences, lorsqu'il s'agit de ›congestionner une partie qui se prête mal au drainage radique, serait pour la dérivation, dont le mécanisme est us simple. Mais, dans la pratique, le choix est commandé ır des difficultés locales à subir : on n'a pas toujours, en lations circulatoires prochaines avec l'organe visé, un *ıssin de chasse* à sa disposition ; et puis, la différence des odes d'action et des réactions accessoires ou tenues pour lles, qui en sont la conséquence, entraîne nécessairement ıelques différences dans le résultat massif final.

L'électrisation variable nous offre de nombreux moyens effectuer tous les degrés et toutes les formes de révulons sans traumatismes, sans offenser la peau, permettant, ır conséquent, la répétition aussi fréquente qu'il sera utile actions qui, dans la pratique usuelle, ne se peuvent ›péter qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Si l'on ›nt compte de ces facilités, et qu'on envisage d'autre part ›tendue de l'influence que prennent les réflexes provoqués, ıi ne visent pas seulement les modifications circulatoires ais aussi des réactions nerveuses, on se fera une idée du ›le considérable que sont appelées à jouer, en Thérapeuɪue, les formes variées de révulsions électriques.

Sans avoir à entrer dans le détail des procédés d'électri-tion variable, je ne puis éviter, puisqu'il s'agit aujourd'hui › thérapeutique, quelques réflexions sur l'usage médical ı matériel que nous y employons.

D'une manière générale, c'est aux appareils volta-faraques qu'on donne encore la préférence. La facilité d'y 'oir des bobines à fils suffisamment gros et courts, qui ne nt encore que très exceptionnellement entre les mains ›s praticiens, pourrait dispenser de recourir à la variation

d'état voltaïque. L'usage de bobines à fils très fins s
pléerait-il à celui des appareils frankliniens? Peut-ê
pour les chocs ou étincelles ne visant pas ou ne visant qu
directement la situation musculaire ; mais la gamme
nuances entre les actions énergiques et les actions dou
(chocs, étincelles, frictions, aigrettes, souffles) est plus é
due et plus facile à parcourir avec les machines dites
tiques.

Faut-il renoncer à ces dernières pour obtenir des réacti
neuro-musculaires indolores ? Non. Mais à la condition
les employer, comme W. Morton et moi l'avons indiqué
supprimant les *réactions de passage*, c'est-à-dire en évi
la disruption au niveau de la peau, et n'y appliquant
des contacts humides. On sait que les mêmes résultats
contractions indolores sont obtenus par M. d'Arsonval
introduisant un condensateur en dérivation dans le cir
induit de l'appareil volta-faradique. Vous me permet
de ne pas m'arrêter sur ces faits, qui soulèvent une gr
question d'électro-physiologie dont la théorie des alte
teurs à hautes fréquences préparera sans doute la solut

Il est une classe d'appareils faradiques auxquels o
depuis longtemps, à peu près renoncé, et que nous al
voir rentrer en scène, et, sans doute, en grande faveur
s'agit des appareils *magnéto-faradiques*. On les avait al
donnés surtout parce que leur emploi exigeait le sec
d'un aide, parce que la mise en mouvement d'une mani
manquait de solennité, quelquefois peut-être aussi p
que la variation d'état y était moins *variable*, s'étalant,
gale, sur une durée très appréciable. Moins propres qu
appareils volta-faradiques à donner la variation brus
ils pouvaient, malgré cela ou même à cause de cela, o
en thérapeutique, des mérites à l'endroit desquels j'a
cru devoir faire autrefois des réserves. Leur usage con
sait à des applications *mixtes* dont l'étude me parai

ors devoir être ajournée jusqu'à ce que nous eussions des ›nnées plus exactes sur les applications tout à fait *variables* sur les applications *permanentes ;* aujourd'hui, un instruent nouveau, le moteur à *courants sinusoïdaux* de M. d'Ar›nval, tout à fait propre à l'étude des actions *oscillantes*, faire rentrer en scène ce matériel abandonné.

L'étude des réactions provoquées par l'électrisation *peranente* est moins avancée que celle des réactions en rap›rt avec les applications variables.

Lorsqu'un courant voltaïque a son circuit fermé sur deux oints d'un organisme vivant ou mort, l'observation accuse es manifestations chimiques sous les points d'application es électrodes : apparitions d'acides sous l'électrode positive, 'alcalis sous l'électrode négative. De là des actions seconaires, actions extérieures, qu'on utilise en Chirurgie mais ui n'ont pas à nous occuper ici.

Mais que se passe-t-il dans la zone intermédiaire aux oints d'application des électrodes ? Rien, suivant la pluart des médecins qui ont opiné sur ce point. *A priori*, c'était ıadmissible. A l'examen immédiat, Remak avait constaté ans cette zone intermédiaire un état de contraction tétaique incomplète auquel il a donné le nom d'état *galvano›nique*, et qu'il attribuait à une *action du courant sur les erfs*. Ayant observé l'état galvano-tonique aussi bien, inon mieux, chez des animaux empoisonnés par le curare ue chez des animaux décapités, je le tins pour une réaction ırtout musculaire. Ayant, d'autre part, utilisé comme 'actif la sensibilité gustative, j'ai montré (1861) que cette ›ne intermédiaire aux points d'application des électrodes ait, à des degrés divers, impressionnée de la même façon ıe ses points extrêmes ; à cette preuve physiologique est ›nue s'ajouter plus tard celle tirée de l'examen histologique Veiss, 1890). L'état galvano-tonique s'expliquerait dès lors ›mme conséquence d'excitations chimiques variables à

alternatives rapides, liées à l'imprégnation des tissus par des liquides en continuel état de décomposition et de recomposition molécule à molécule. Quoi qu'il en soit des interprétations, la zone intermédiaire aux points d'application d'un courant continu aussi constant que possible n'est pas à l'état de repos.

Les actions chimiques qui se constatent sous les points d'application des électrodes ne sont donc pas seulement superficielles, mais s'étendent en profondeur. On n'a pas attendu que leur nature fût établie pour les essayer en thérapeutique, ou plutôt pour leur attribuer des résultats qu'on rattachait à ce que l'on appellera, d'après M. Chauveau, la *voltaïsation polaire*. Dans ce courant d'idées, on appliqua surtout, depuis Remak, la voltaïsation polaire *positive*, à laquelle on attribua, avec raison, m'a-t-il semblé, des vertus *antiphlogistiques* et *antirhumatismales*. On a moins expérimenté la voltaïsation polaire *négative*, dont l'action résolutive sur les tumeurs solubles m'a seulement paru plus marquée. Il y aura lieu, avant de se prononcer sur ce point, de rechercher préalablement quels caractères décideront qu'une tumeur est ou n'est pas capable de résolution.

J'ai dit plus haut les raisons de fait qui ne permettaient pas d'admettre la neutralité de la portion du circuit, qui, à travers l'organisme, réunit l'électrode qu'on désire *active* à celle qu'on tient pour *indifférente*. J'admets qu'au contraire, corformément d'ailleurs à une tradition qui se réclame de l'épreuve clinique, il y a quelque chose à demander à une voltaïsation *longitudinale*, dans laquelle le trajet du courant comprendrait celui d'un nerf ou d'une partie des centres nerveux. Il me reste à dire d'où je suis parti pour supposer une valeur thérapeutique à cette voltaïsation longitudinale, et quel genre de services je lui demandai.

Des recherches électrophysiologiques commencées par Nobili, poursuivies par du Bois-Reymond, Cl. Bernard, Mat-

.cci, d'Arsonval, ont établi que l'électrolyte vivant est -même un électromoteur ; que le courant de l'électromo-ır musculaire ou nerveux *au repos*, son *courant de nutri-n*, est dirigé de l'extrémité des membres à leur racine; ns les centres nerveux, de la périphérie au centre. Au ıctionnement physiologique répond un contre-courant ntrifuge sur lequel je ne m'arrêterai pas : c'est le courant nutrition que j'ai seul en vue dans mes spéculations thé-peutiques. Des expériences qui établissent la direction nérale centripète du courant de nutrition, de repos, du *urant propre*, j'ai cru pouvoir conclure que, dans les né-opathies sans lésion irrémédiable et définitive, les cou-ınts centripètes devaient être favorables à la nutrition en ;issant dans le sens des conditions physiologiques normales, ıxquelles ils apportent un renfort. Admettant, en outre, ıe *toutes les* LÉSIONS *sont localement dépressives, ne don-ınt qu'indirectement lieu*, par des ruptures d'équilibre, *à s phénomènes d'exaltation*, j'employai la voltaïsation cen-ipète, soit des nerfs, soit de l'axe rachidien, dans tous s cas où le système nerveux me paraissait primitivement ı cause. Les phénomènes douloureux et convulsifs en gé-ıral, les douleurs de l'ataxie locomotrice, les gastralgies cardialgies, les toux et dyspnées convulsives, les contrac-ıres, les tremblements paralytiques, les insomnies, l'éré-ıisme algique ou convulsif des convalescences laborieuses, c., me paraissent toujours, après trente ans d'épreuve, se en trouver de cette pratique, en laquelle ma confiance a é fortifiée par un accident d'outillage qui m'a fourni des reuves cliniques contradictoires.

Lorsqu'il s'est agi des applications de l'état électrique ıriable, nous nous sommes trouvés en possession d'un ma-ıriel qui permettait d'y faire face dans des conditions très ıriées. L'outillage courant de l'électrisation permanente prête moins à ce qu'on pourrait être tenté de lui deman-

der. Avec les piles que mettent à notre disposition les cons tructeurs, on obtient à souhait, pour les écarts de résistance qu'offrent les diamètres du corps sur lesquels on opère ha bituellement, les courants usuels de 3 à 15 ou 20 milli-am pères, sous des tensions de 4 ou 5 à 20 volts, réglant le écarts entre les conditions de tension, d'intensité, de durée surtout d'après les susceptibilités des parties ou des sujet sur lesquels on opère.

Or, je crois qu'il serait avantageux, dans bien des ca encore imparfaitement déterminés, d'agir plus longtemp avec des intensités très faibles, sous des tensions faibles c considérables; c'est ainsi que procède le mouvement phy siologique, des allures duquel il y aurait lieu, quand on r vise pas des effets perturbateurs, de tendre à se rappro cher.

Le *couple galvanique* remplit très bien l'indication de quantités très faibles sous faible tension; je le laiss appliqué de huit à douze heures.

Dans d'autres cas, il serait avantageux, tout en conse vant peut-être un peu de quantité au courant, qu'il eût un tension supérieure à 40 ou 50 volts. Les types de piles Volta, de Pulvermacher, surtout de Zamboni, se polarisen trop vite pour qu'on puisse songer à les utiliser dans de applications de longue durée. Il s'est fait autrefois de petit piles au sulfate de plomb à couples nombreux, qu'on pou vait laisser appliquées jusqu'à une heure. C'est elles qu employées à la voltaïsation sacro-postcervicale, m'ont donn les meilleurs résultats dans l'ataxie locomotrice. Il serait désirer que la construction de ce genre d'électromoteu fût reprise.

Enfin, il est une ressource qui n'a pas été employée, qui pourrait être précieuse en fournissant, pendant d temps prolongés, des courants de quantité très faible, so des tensions tout à fait considérables. On les obtiendrait

ːtites machines frankliniennes actionnées par des moteurs urnissant un travail faible de longue durée. Les machines .istent, comme jouets ; mais les petits moteurs de longue ıleine qui les actionneraient font encore défaut.

J'attacherais une grande importance à la construction de s deux derniers genres d'électromoteurs, et voici pourquoi : vous ai dit mon souci de voir les applications électriques ermanentes se rapprocher, comme allure, de celle du type ıysiologique représenté surtout par le *courant propre ;* or, ne conclusion qu'on a oublié de tirer d'expériences de .boratoire qui cependant la permettaient, est que ce couınt propre a une tension considérable.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les applica. ons de l'état permanent, elles ne nous donnent pas encore s satisfactions spéculatives des actions variables. Cerıins résultats cliniques sont nets sans que les hypothèses ur leur mécanisme cessent d'être difficiles et obscures. La oltaïsation continue est certainement favorable à la nutriion musculaire; je la crois non moins favorable à la nutriion nerveuse. Est-ce en agissant à la manière de l'électrisaion, variable par la constitution de l'état galvanotonique ?)n l'admet généralement; cela me paraît peu probable, au noins par mécanisme d'excitation fonctionnelle. Est-ce par e renforcement du courant propre de repos? C'est ce que 'ai commencé par admettre, tout en croyant à un méanisme indirect. Serait-ce par une modification des conlitions circulatoires? C'est possible et même vraisemblable; nais les données fournies sur l'influence de la voltaïsation ontinue sur la circulation sont contradictoires; et les bservations de laboratoire n'ont porté jusqu'ici, à ma conıaissance, que sur des membranes dont les rapports avec e sujet ne se présentaient plus dans des conditions normales.

Lorsqu'il a été question de l'électrisation variable, je vous

en ai signalé les effets généraux et vanté les mérites dans des conditions sur lesquelles il me faut maintenant revenir. Il est une ombre au tableau que je vous ai tracé, une contre-indication générale, au moins des procédés trop brusquement variables, trop nettement perturbateurs : c'est l'état *fébrile*.

Lorsqu'on faradise des fébricitants, des sujets présentant de la fièvre inflammatoire ou au cours d'un accès de fièvre intermittente, on note tout d'abord une exaltation de la sensibilité qui ne permet pas d'employer les doses acceptées durant l'apyrexie. Ensuite, les résultats, sédatifs à tous les points de vue, sur lesquels on croyait pouvoir compter, font défaut. Mêmes déceptions lorsque, dans les mêmes circonstances, on a recours à la franklinisation variable.

Cette contre-indication est-elle toutefois aussi absolue que me l'avaient d'abord fait craindre quelques observations sommaires? La fièvre hectique ne nous a pas empêchés, avec G. Sée, de recourir, chez un tuberculeux avec pneumothorax, *in extremis*, à d'énergiques faradisations révulsives des parois thoraciques, qui nous donnèrent un succès palliatif surprenant. Chez les cholériques, la faradisation est bien supportée ; mais doivent-ils être considérés comme fébricitants? faut-il écarter aussi de la classe des fébricitants les malades chez lesquels l'accélération du pouls accompagne les accidents de l'obstruction intestinale ? Eux encore supportent bien la faradisation. Enfin, les procédés d'électrisation variable n'ont pas tous été éprouvés, surtout au point de vue des dosages.

Les contre-indications qu'oppose l'état fébrile aux applications variables subsistent-elles quand on a recours à l'électrisation permanente? Je serais disposé à le croire, au moins pour les doses usuelles (de 5 à 20 milli-ampères) quand on a affaire aux états pyrétiques des phlegmasies franches. Mais dans quelques essais, commencés avec

.ibermann en vue de tenter d'abaisser la température chez les fébricitants typhoïdes, nous n'avons rien remarqué qui ût faire croire à de la fatigue chez les sujets que nous sounettions à la voltaïsation continue sacro-postcervicale, avec les courants, faibles il est vrai, appliqués pendant un quart l'heure. A défaut des dosages usuels, il serait intéressant l'essayer dans les pyrexies les courants continus non ncore expérimentés : ceux notamment de la galvanisation, t ceux de forte tension avec très faible quantité de la volaïsation et de la franklinisation.

Ce sont là questions qui ne peuvent guère être abordées ue dans un milieu hospitalier, dans un service de fiévreux onvenablement outillé et dirigé avec la compétence echnique voulue. Cette organisation ne pourra de longemps être réalisée à Paris, où elle se heurtera aux résisances de trop massives administrations; mais elle se fait à 3ordeaux, à Lille, à Clermont, d'où nous attendrons des ontributions à l'histoire électrothérapique des maladies iguës.

Il serait prématuré d'insister sur les espérances que font oncevoir les récentes acquisitions du matériel instrumental moteurs sinusoïdaux et alternateurs à hautes fréquences), le rechercher par où ces nouvelles ressources se rapproheraient des moyens dont nous disposons, par où elles 'en écartent. Mais je crois utile un arrêt sur des considéations d'un autre ordre, d'ordre pathologique, que je vous usse présentées alors même que nos moyens d'action 'auraient pas été accrus : il s'agit de l'avenir qu'ouvrent ux spéculations électrothérapiques les découvertes physioogiques et pathogéniques contemporaines.

Les progrès de la physique nous ont conduits, grâce à ne appréciation plus exacte des moyens, à remplir avec lus de discernement les indications de la thérapeutique; eux de la physiologie, à asseoir ou à rectifier bien des

pronostics, notamment dans le champ des affections paraly
tiques. Les progrès récents de la pathogénie nous aideron
à trouver la signification de quelques-uns des résulta
imprévus que nous obtenons souvent dans des voies inco
nues, et à en poursuivre d'autres. La pathologie est
voie de tranformation doctrinale, et il est intéressant
rechercher comment la *vieille thérapeutique,* dont je vi
de vous entretenir, s'accommodera de ces révolutio
quelles atteintes elle en pourra éprouver; quel conco
elle pourra leur prêter; dans quelle mesure elle leur a
prêter déjà un concours efficace bien qu'inconscient.

L'expérience qui répandit dans le grand public le
de Brown-Séquard, expérience que le monde médical
cueillit d'abord qu'avec une extrême réserve et comme
facétie expérimentale, apparaît aujourd'hui comme cas
ticulier d'une loi générale découverte par l'illustre phy
logiste. Cette loi, de mieux en mieux établie par la
des recherches poursuivies depuis avec la collaboratio
M. d'Arsonval, est que *toute cellule, dans son évol
nutritive, rejette deux ordres de produits, les uns excré
titiels,* ce que l'on savait, *les autres sécrétoires, destin
rentrer dans la circulation pour y concourir à la réfe
du sang.*

En cas de défaillance de la fonction sécrétoire de
ment figuré, Brown-Séquard s'était demandé si l'inje
sous-cutanée de produits similaires empruntés à un
ganisme sain ne pourrait suppléer à l'insuffisance hém
poïétique du sujet.

On sait les vicissitudes de cette vue, dont la jus
générale est aujourd'hui démontrée, les applications th
peutiques qui en ont été faites avec des résultats plein
promesses, et les difficultés de divers ordres qui ont l
l'extension et la vulgarisation de ces applications. Or p
quoi, puisque l'électricité permet d'influencer les acti

fonctionnelles, ne s'attaquerait-elle pas à l'organe défaillant pour l'amener, par une sollicitation de son activité nutritive, à fournir lui-même au sang la sécrétion qui fait défaut? Il n'est pas douteux que, sans le vouloir et sans le savoir, nous avons souvent réalisé cette expérience. Dans les guérisons que nous obtenons par des procédés qui ne nous ont semblé tout d'abord rationnels que parce que nous avions simplifié l'énoncé des problèmes, il est infiniment probable que ce mécanisme a sa part, la plus large souvent.

Quelle est cette part? Je crois que, pour la soupçonner d'abord, pour la faire ensuite, le mieux sera de partir des pratiques thérapeutiques acquises, introduisant dans leur interprétation, à côté des hypothèses qui ont conduit à les instituer, celles que comporteraient les horizons spéculatifs nouvellement ouverts ; l'expérimentation physiologique devant décider ensuite dans un conflit d'interprétations qui ne pourrait manquer de lui poser d'intéressantes questions.

Dans la voltaïsation ascendante de la région rachidienne, par exemple, il ne me paraît pas douteux que les résultats que l'on obtient doivent être, directement ou indirectement, attribués, au moins en partie, à des actions de cet ordre incito-sécrétoire. N'en serait-il pas souvent de même dans la faradisation localisée d'organes divers, où tous les effets ne s'expliquent qu'incomplètement par la suractivité mécanique imprimée à la circulation? Les modifications nutritives que l'on poursuit dans certaines anémies ne sont nulle part aussi rapides et aussi marquées que celles que donnent les bains faradiques, notamment dans les convalescences laborieuses des maladies aiguës ; là encore il y aurait lieu de demander des interprétations à la loi de Brown-Séquard.

Après avoir considéré comme une éventualité désirable, mais éloignée, de voir intervenir l'électricité dans le champ

ouvert à la thérapeutique par la découverte des sécrétions cellulaires, la réflexion amène donc la conviction que ce vœu a déjà souvent reçu une satisfaction empirique.

L'influence de quelques formes au moins de l'électrisation sur les phénomènes de nutrition et, par suite, d'évolution cellulaire, conduit à se demander si elle ne pourrait avoir un rôle à jouer dans le champ, fort exploré de nos jours, de la microbiologie. Les beaux travaux de Davaine, l'extension qu'a donnée M. Pasteur aux découvertes de son devancier, ont donné un corps à la notion jusque-là vague et hypothétique de toute une classe de causes morbides en présence desquelles nous devons nous demander si l'électricité n'est pas appelée à les combattre, et par quels moyens?

Nous savons que certaines conditions de milieu rendent difficile ou impossible le développement et la pullulation des microbes. La chaleur a été essayée, dans des conditions, il est vrai, qui ne sont pas celles de la thérapeutique. Le rôle possible de la lumière est à l'étude et a déjà donné lieu à d'importantes constatations. Celui du mouvement vibratoire a été expérimenté par MM. d'Arsonval et Charrin avec des résultats qui autorisent des espérances. Enfin, dans l'ordre des phénomènes électriques, qui nous occupent surtout ici, M. d'Arsonval est arrivé à retarder la fermentation alcoolique, à empêcher certaines réactions chimiques lentes, à agir très nettement sur le développement embryonnaire, en transportant dans un champ magnétique les capsules où s'accomplissaient ces réactions. Opérant sur le bacille pyocyanique avec les courants alternatifs de hautes fréquences, il en a nettement atténué la virulence au bout de quelques minutes, la fonction chromogène étant supprimée tout d'abord ; si l'expérience dure une demi-heure, on arrive à tuer le bacille; si l'on injecte ce bacille

dans les tissus d'un animal vivant, on arrive à l'atténuer sur place par des courants que l'animal ne ressent en aucune façon.

N'y aura-t-il pas lieu, dans le même courant d'idées, de remonter plus haut : au delà du microbe *en puissance ?* On sait que, pour M. Béchamp, la *cellule* n'est pas l'*élément vivant ;* que celui-ci est le *microzyma*, la *granulation moléculaire* des micrographes, dont il a démontré la vie et aussi la grande résistance à la destruction. Pour lui, les microbes représenteraient le plus souvent un mode d'évolution du microzyma, dont le développement vicieux pourrait reconnaître des causes indépendantes de toute introduction de levain organisé d'origine extérieure.

A l'occasion du choléra (1884), j'ai eu à examiner les rapports de cette hypothèse avec certaines conditions étiologiques. La possibilité de la contagion par ensemencement microbien n'était pas encore démontrée par des expériences rigoureuses, et j'insistais sur l'annulation possible de ces conditions, qu'on commençait à admettre comme *nécessaires et suffisantes*, par des influences cosmiques et telluriques, dont les dernières, au moins, étaient incontestables. Je rappelais enfin quelques conditions d'ordre électrique qui empêchaient le développement pathogénique ou réalisaient la microcidie.

Ma conviction est que, dans l'ordre des médications électriques, il en est de capables de prévenir le développement du bacille cholérigène ou de le tuer. Cette possibilité révélée par le hasard, il nous reste à en rechercher le mécanisme et à le rattacher soit aux moyens employés jusqu'ici, soit à ceux que nous promettent les récentes acquisitions de la physique biologique. Sans vouloir conclure de la microbiologie du choléra à celle d'autres maladies infectieuses dont l'étiologie et les conditions d'évolution ne sont pas absolument les mêmes, nous pouvons voir, dans ce que nous

en savons, une porte ouverte à des spéculations générale électrothérapiques.

Il est une autre classe d'affections toxiques dans le tra tement desquelles l'électricité me paraît appelée à jouer u rôle important. Il s'agit des intoxications d'origine intern des *auto-intoxications*, dont la pathogénie a été mise en l mière par M. Bouchard. Bien différents des micro-org nismes semés du dehors ou nés de l'évolution vicieuse d mycrozymas, ces alcaloïdes vénéneux, nés chimiqueme dans les voies digestives ou respiratoires, ne sont pas v vants et agiraient en raison de leur masse.

A priori, l'électricité devrait nous fournir des moye variés de contrarier, au moins indirectement, la producti des *toxines* digestives, et aussi d'en favoriser l'éliminatio Ce qui sera certainement possible pour les toxines dige tives le sera très vraisemblablement pour les toxines d maladies infectieuses, dont la genèse et le mode d'acti ont été tout récemment bien exposés par M. Charrin. L effets si promptement réparateurs de mes bains faradiqu dans les convalescences des pyrexies infectieuses me d posent à admettre que des résultats remarquables pourra être obtenus dans cette voie. La contre-indication gén rale des moyens perturbateurs dans les états fébriles no arrêtera-t-elle ? Ne serait-elle que relative ? Devrait-e simplement nous conduire à modifier les procédés en cha geant leur allure? Il appartient à l'expérience de répond

C'est encore, en grande partie au moins, à la questi des indications et contre-indications fournies par l'état f brile que se rattachent les prétentions que nous pourrio avoir d'influencer les phlegmasies franches et les phén mènes de la suppuration. La belle découverte de Me chnikoff des phénomènes de la *phagocytose* fournira u base expérimentale aux tentatives qui auront pour ob d'élucider ces questions.

Certains procédés ne mettront-ils pas obstacle à l'évolution des phagocytes, d'autres ne la favoriseraient-ils pas ? Jusqu'ici, l'expérience clinique nous laisse hésitant entre ces deux vues, toutes deux exactes peut-être dans des conditions qui restent à déterminer.

Si, maintenant que nous venons de voir s'élargir notre but, nous faisons un retour sur les moyens dont nous disposons, nous devons reconnaître que, sans sortir du matériel instrumental dont nous avons usé jusqu'ici, nombre de procédés, de nuances de procédés plutôt, n'ont pas été employés. Dans les claviers d'intensités, de tensions, de durées, il est des zones encore inexplorées ou à peu près. On n'a guère expérimenté jusqu'ici que les réactions énergiques, absolument ou relativement, et de courtes durées. Il a été très peu opéré dans le *rythme* des phénomènes physiologiques d'ordre nutritif.

Puis, ce qui n'a pu s'obtenir de notre matériel actuel, ce qu'il ne donnerait peut-être pas encore avec les adaptations nouvelles que je viens de réclamer pour lui, les expériences de M. d'Arsonval sur les fermentations et sur le bacille pyocyanique nous montrent qu'il y a des chances de l'obtenir d'un matériel nouveau. Maintenant qu'on peut soustraire l'appareil sensitif conscient aux actions de l'état brusquement variable, introduire la variation dans un phénomène à évolution continue, ne va-t-on pas devenir plus entreprenants en face des états pyrétiques ? Les courants oscillants permettront sans doute de s'engager dans cette voie : la *voltaïsation sinusoïdale* comporte tous les types d'étalement des courbes d'excitation, et se prête à bien des tentatives devant lesquelles nous avions reculé jusqu'ici.

Enfin des réactions curieuses, sans lien apparent avec ce que nous connaissons, sont celles fournies par les sujets exposés dans des solénoïdes que parcourent des courants alternatifs de hautes fréquences. Ici, le patient, qui ne sent

absolument rien, devient le siège de courants de Foucault, de courants intermoculaires d'une forme et d'une puissance qui n'avaient pas encore été mises en jeux. Les réactifs physiques y accusent des actions qui seraient foudroyantes si les mêmes tensions et intensités s'y présentaient sous des fréquences énormément moindres.

Après ce que je viens de dire des voies ouvertes à nos espérances, à nos spéculations, à nos tentatives, par les notions des sécrétions cellulaires, des toxines, des évolutions phagocytiques, des développements microbiens ou microzimaires, on se demande s'il ne sortira pas des réactions utilisables inédites de cet insensible mais formidable branle-bas *totius substantiæ* que représente l'*Autogalvanisation* de d'Arsonval, pour laquelle je préférerais, afin de la comprendre dans l'économie de notre terminologie électro-médicale, le nom de *faradisation inductrice.*

Les épreuves de M. d'Arsonval sur les animaux, celles répétées sur l'homme avec les mêmes résultats : augmentation considérable des déchets carboniques, doivent faire beaucoup attendre de ces actions nouvelles. Après les expériences où l'on a vu les évolutions microbiennes contrariées ou empêchées par la trépidation, après celles sur l'arrêt de l'évolution du bacille pyocyanique soumis aux courants alternatifs de hautes fréquences, il semble que toutes les ambitions nous deviennent permises lorsque nous aurons une notion plus exacte de la portée des moyens mis à notre disposition et une intuition plus nette des buts à poursuivre.

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite).

§ VII

THÉRAPEUTIQUE PHILOSOPHIQUE

Sous le nom de thérapeutique philosophique nous étudierons les médications que l'on peut nettement rattacher à une idée métaphysique ou religieuse.

La Médecine des signatures occupe une place prépondérante et nous avons déjà vu dans un autre chapitre les origines de cette méthode, et ses rapports étroits avec le symbole.

Cette Médecine domine le moyen âge, comme aussi les antiquités égyptienne et grecque. Elle subsiste encore chez nous dans les croyances populaires, et le traitement des affections du foie par la carotte en est un vestige parlant, qui n'a d'autre raison qu'une similitude de couleur « l'évolution de la thérapeutique. »

Chez les Annamites, dans la dysenterie, on administre des pilules faites avec l'intestin haché du porc ou du bœuf. C'est bien là le traitement d'un organe malade, par l'organe similaire et sain d'un animal.

C'est ainsi que, chez nous, le thymus est préconisé dans le peuple contre les affections pulmonaires.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger le traitement des fractures, par la poudre d'os à l'intérieur. Cette tisane se fait de préférence avec les os de la tête.

Cette prédilection tient à ce que, pour les Annamites, les os de la tête sont d'une nature spéciale, plus noble que celle des autres os, ils contiennent plus d'air, disent-ils.

Ce détail souligne encore l'idée maîtresse, bien philosophique de cette médication.

Les exemples pourraient être fournis à l'infini, ceux-là suffisent je crois.

La Médecine, science divine à son origine, longtemps le privilège des sanctuaires, chez les druides comme chez les thérapins d'Égypte, est aussi, en Chine, l'œuvre et le puissant moyen d'influence, d'initiés, sur les masses populaires.

L'invention de la Médecine est attribuée aux premiers rois législateurs, parfois à Fo-Hi qui fût un grand guérisseur comme Moïse.

La Médecine annamite porte l'empreinte de son séjour prolongé dans les temples, elle est restée ritualiste.

La récolte et la préparation des plantes sont aussi compliquées que l'offrande d'un sacrifice.

Comme nous voyons préciser pour chaque héros, chaque génie, la composition et le cérémonial des sacrifices, chaque plante exige des formalités spéciales.

Les sorciers du moyen âge, qui continuaient souvent des traditions oubliées et vieillies, entouraient de pratiques compliquées la récolte des éléments de leurs philtres magiques. L'heure, le lieu, les qualités spéciales de la personne qui cueillait la plante merveilleuse, importaient avant tout.

Nous allons retrouver en Annam ces mêmes complications, dans la médecine officielle. Conservateur à outrance, l'Annamite n'a rien renié du passé, sa science est un arbre touffu, qu'il n'émonde pas.

Nous voyons la morsure du serpent traitée par des pilules qui sont fabriquées à midi, le 5 du cinquième mois, jour privilégié où le soleil s'arrête dans sa course.

i-Cù espèce de lavande très usitée est récolté dans
es conditions. Les feuilles sont arrangées de façon
uire la forme de l'animal qui donne son nom à
l), en 93 c'était le serpent. Le médicament, ainsi
sert en applications dans les douleurs. On emprunte
es à la région de l'animal figuré qui répond à la
ouloureuse.
'occultisme, la présence ou l'absence de certaines
s influait sur les propriétés du médicament; il en
ême ici.
n médicament qu'une femme ne peut pas regarder
faire perdre toutes ses qualites.
ertains accidents la présence d'une personne de la
le la victime suffit à changer singulièrement les
de guérison.
es noyés, par exemple, l'esprit, l'âme, est sur les
n parent du noyé est-il là? l'esprit quitte définiti-
e corps. La présence d'une femme enceinte, invite
aire l'esprit hésitant à une réincarnation immé-

dernière croyance est intéressante, en ce qu'elle
l'idée de Pythagore d'après qui l'âme, au moment
rt, contemple ainsi son habitation charnelle.

e des nombres est considérable dans la médecine
e. Nous avons vu l'influence du nombre en ana-
domine aussi la thérapeutique.
mbre 7 est celui qui convient aux hommes, le
9 est réservé aux femmes. On administre donc,
sexe, 7 pilules ou 9, on donne 7 tasses ou 9 d'une
Si l'on doit appliquer des topiques, des feuilles,
mple, à l'obligation du nombre s'ajoute celle, for-

que année porte le nom d'un animal.

melle aussi, du côté, qui sera le côté droit ou gauche du corps selon le sexe.

Nous avons déjà signalé le fait à propos du pouls.

Reville nous dit que le chiffre sept est un chiffre quelconque qui plaît au Chinois, et qui peut-être est en rapport avec les sept émotions de la psychologie jaune. Cette explication éveille plus encore notre curiosité de savoir le pourquoi de ce nombre dominateur qui règne en tyran sur toutes les sciences.

En cherchant ce pourquoi, nous sommes surpris de voir que cette sympathie, que ce culte du nombre 7 dépasse les limites des pays jaunes. Nous le retrouvons, ce nombre symbolique, lumineux et éclatant au seuil des religions aryennes.

Osiris montre à Hermès, le père des initiés d'Égypte, les sept cieux étagés, ce sont les sept sphères de la vie, chacune contient une planète escortée d'un génie.

A ces planètes répondent les sept Dieux cosmogoniques de la Grèce. La Lune ou Diane, Mercure, Vénus, le Soleil Phœbus, Mars, Jupiter, et au sommet Saturne qui porte le globe de la sagesse universelle (1).

Puis nous trouvons les sept devas de l'Inde, les sept hamsharpands de Perse.

Les sept anges Chaldéens, les sept Sephiroths de la Kalbales, les sept archanges de l'Apocalypse.

« Le grand septennaire qui embrasse l'univers ne vibre pas seulement dans les sept couleurs de l'arc-en-ciel, dans les sept notes de la musique, il se manifeste encore dans la constitution de l'homme qui est triple par essence mais septuble par son évolution (2). »

Voici la constitution septennaire de l'homme : Chât corps

(1) Schun. *Les grands initiés.*
(2) Schun. *Loc. cit.*

, Auch force vitale, Kà corps astral, Hati âme ani-
oi âme rationnelle, Cheyli âme spirituelle, Kou
.vin.

mbre sept est encore le flambeau dont s'éclaire la
de Pythagore.

ɔmbres, dit-il, contiennent les secrets des choses,
est l'harmonie universelle. Le nombre par excel-
ɜlui qui répond aux couleurs de la lumière, aux
aux modes sacrés, c'est encore SEPT.

iffre sept de la Médecine annamite, de la psycho-
inoise, est donc le dominateur, le concept de toutes
.physiques antiques.

ıs recherchons maintenant l'origine du nombre 9,
yons qu'il n'est autre chose qu'un multiple, et le
par excellence du Trigramme Sacré qu'il repro-
s fois.

:igramme Sacré qui joue un si grand rôle dans
ʒions antiques, dans les civilisations aryennes,
ʒ moins essentiel dans la métaphysique chinoise.

:l du ciel. Le Saturne des Chinois, est pavé de
ingt-dix marches, on y accède par 27 degrés, ces
sont des multiples de trois.

avons vu Pythagore chercher dans les nombres le
ɜs choses, c'est dans les nombres, et dans le nombre
ʒ Chinois vont tenter le même vertigineux labeur.
g ce livre sacré respecté seul avec la médecine par
dafés de 213 avant Jésus-Christ, le livre de divina-
; basé sur l'interprétation de Trigammes diverse-
mbinés.

je crois l'explication du rôle des nombres dans la
annamite.

oïncidences frappantes entre l'Orient et l'Occident
de difficiles problèmes; je suis trop ignorant pour
der.

Celui-là pourra résoudre la question qui nous dira les rapports des peuples entre eux au moment où se trouvaient aux prises au centre de l'Asie : Les Jaunes et leur rameau Touranien, les aryens et la vieille civilisation cruelle des noirs Koucchites.

Peut-être les inités d'Égypte qui dorment sous les pyramides pourraient-ils donner la clef qui semble perdue du Yking Sacré?

Voici une digression peu médicale, c'est la Médecine annamite seule qui en est coupable.

C'est dans le cadre de la thérapeutique philosophique que je fais rentrer la médication par le lait de femme et par le sang. Le lait de femme est donné chez les cachectiques et les vieillards à faible dose de quelques cuillerés

Cette idée de donner aux faibles du lait de femme a dû naître de bonne heure dans les cerveaux humains. Le liquide miraculeux qui fait de l'enfant débile, à peine être vivant l'homme fort et vigoureux devait fatalement frapper les imaginations. Logiquement on dût le rechercher pour rappeler les forces disparues, pour donner une jeunesse nouvelle au vieillard qui s'éteint.

L'idée mystique de la puissance surnaturelle de ce liquide nourricier s'affirme avec le temps, et nous voyons le médecin annamite, négligeant l'idée même de quantité, le prescrire à petite dose, et ne chercher dans le lait que cette action suprême et divine.

Cette confiance dans le lait de femme est de toutes les époques, et de tous les pays. Dans notre antiquité, le lait est préconisé par Anctée de Cappadoce, Herodicus, Prodicus, etc. Galien le vante, lui aussi, mais alors avec une idée nouvelle plus scientifique, « Lac muliebre Tanopiai naturae ejusdem nobisque familia. » (Tissimum) (1).

(1) Beaumetz. *Cliniques thérapeutiques.*

Cette idée de Galien a été reprise ces temps derniers, et 'tains auteurs préconisent le lait de femme comme supéur aux autres laits d'espèces différentes dans la cure ffections chroniques des adultes.

Mais avant l'expérience et la science, le lait a été une dication religieuse et philosophique, comme elle le deure en Annam.

Pour ce qui est de l'usage du sang en médecine, il faut r dans sa survivance actuelle, des traces ataviques de ıtumes disparues.

Le sang des victimes humaines égorgées en l'honneur dieux farouches fût le premier recueilli, et ce breuvage eux partagé avec eux devait être par excellence la ueur de la résurrection et de la vie.

Le Dr Coire, dans son livre sur le crime rituel remonte « origines, à l'heure lointaine ou « la tribu errante, 'due dans la plaine, la steppe ou le désert aperçut la lune ıge comme une large tache de sang au-dessus de orizon brumeux; le soleil au haut de sa course comme globe de feu avide, la terre desséchée et les eaux taries, crut à la réclamation des génies cosmiques d'un sacri- sous la forme du sang » de là naquit l'idée que le sang la liqueur de la vie; on en fit des amulettes et des médiaents (1).

Chez les Jaunes, les sacrifices humains furent en honneur, ville en trouve la trace dans les poupées symboliques l'on brûle dans certains sacrifices.

On retrouve encore d'une façon plus saisissante ces iques coutumes, dans les actes de cannibalisme fréquents Tonkin. L'Annamite mange le cœur et le foie de son emi pour acquérir ses vertus.

Dans le Haut-Tonkin, où peut-être se retrouveront des

---

(1) Coire. *Le crime rituel.*

vestiges Touraniens et Koucchistes, l'anhtropophagie existe encore « Affaire de Cao-Bang, chef pirate de Lu-Ku centre de sorcellerie, qui mangeait des enfants. »

Sous l'influence de législateurs, ces barbaries ont disparu des habitudes de la race, l'usage du sang a subsisté.

Le sang humain a été remplacé par celui des animaux, comme les victimes humaines remplacées par des brebis, des bœufs, etc.

Le sang de corne de cerf, animal sacré, compagnon des génies et du boudha chinois, est surtout réputé et constitue un médicament universel.

Les gens peu fortunés se contentent de celui du cou de la chèvre.

A côté du sang, certains organes d'animaux sont très employés.

Le tigre, animal vénéré, presque dieu, fournit de nombreux médicaments ; son foie, est, avec le fiel d'ours, la base de préparations coûteuses.

La tortue, animal sacré, dont la carapace reproduit par ses dessins les trigrammes du Y King, est aussi très employée. Enfin, le serpent. Le serpent qui représente la science universelle et le dieu du tonnerre pour les toaïstes, met à l'abri de la fulguration ceux qui mangent sa chair. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer l'universalité du culte du serpent, une fois encore.

Dans l'occultisme européen toute une médecine est basée sur l'emploi des pierres.

Chaque espèce a sa spécialité, l'émeraude guérit l'épilepsie, le rubis met à l'abris de l'ivresse, etc.

Nous trouvons dans la médecine annamite des médications semblables.

Le jade, les perles, symboles de pureté, sont usités, nous l'avons vu, dans la syphilis, et rendent à l'organisme sa pureté altérée, son intégrité première.

Les haches de pierre taillée, assez fréquentes dans le Haut-Tonkin, méritent, par leur réputation, qu'on s'y arrête. Les haches taillées dont j'ai trouvé de beaux types dans la province de Cao Bang sont appelées pierres du tonnerre, et passent pour être lancées par la foudre.

Elles constituent un objet de luxe coûteux, et, anciennement, faisaient partie du tribut de produits rares que le Haut-Tonkin envoyait à la cour de Hué.

Portées au cou, elles constituent une amulette précieuse.

La poudre obtenue par le grattage de ces pierres est un médicament usité dans la variole et diverses maladies.

Dans ce chapitre un peu long, je n'ai cité que ce qui fait partie de la médecine officielle écrite, négligeant les fatras des superstitions locales populaires. Ce que j'ai voulu faire ressortir. C'est l'influence philosophique et religieuse sur la médecine.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(**Hôpital de la Charité.**)

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Traitement chirurgical des luxations anciennes du coude.

Le professeur Tillaux, à propos d'un malade âgé de 27 ans atteint d'une luxation en arrière du coude avec ankylose fibreuse rectiligne et atrophie musculaire très prononcée, datant de cinq mois, réellement ancienne puisque déjà au bout d'un mois la luxation du coude peut être considérée comme ancienne et presque impossible à réduire, pose les indications du traitement.

En présence d'une luxation de ce genre qui, pour un motif quelconque, n'a pas été réduite, que faut-il faire?

Devons-nous chercher, dit le professeur Tillaux, à obtenir la réduction par les procédés les plus simples, manipulations, tractions, qui, dans le cas particulier, consistent à faire exercer une traction longitudinale sur le membre, tandis que le chirurgien, empaumant la face antérieure de l'avant-bras avec ses deux mains, applique un pouce sur l'olécrâne, l'autre sur le radius et fait fléchir l'avant bras au moment même où il exerce avec ses pouces une pression violente sur l'extrémité supérieure des os le l'avant bras? Ici, nous ne pouvons espérer un bon résultat de cette manœuvre.

En 1886, M. Farabeuf lut un mémoire à la Société de chirurgie et présenta un malade dont la luxation, remontant à 6 mois, avait été réduite par lui. Il intitula son mémoire : *De la réduction des luxations anciennes du coude par une méthode anatomique et scientifique.*

Voici en quoi consiste le procédé de M. Farabeuf, que l'on peut employer dans le cas de luxation peu ancienne, datant d'un mois ou six semaines par exemple : L'auteur commence par les mouvements prolongés de flexion pour obtenir l'allongement du tendon du triceps; l'extension permet l'élongation des résistances antérieures, capsule, muscles, etc. Puis, pour obtenir l'allongement des ligaments latéraux, il exerce une certaine traction (50 kilogrammes) en extension. Cela fait, il imprime à l'avant-bras des mouvements de latéralité, puis il réduit par les méthodes ordinaires. MM. Nélaton et Peyrot ont employé cette méthode avec succès, mais j'ai ouï dire à M. Nélaton que plusieurs de ses malades chez lesquels on avait été assez heureux pour réduire, n'avaient à peu près rien gagné au point de vue fonctionnel. Dans le cas actuel, je suis convaincu que le procédé de M. Farabeuf ne serait pas

uivi de succès; je ne m'y attarderai donc pas et je vais rocéder immédiatement à une opération. La section sous-utanée des brides et des tendons ne me paraît pas être ujourd'hui le procédé de choix.

Autrefois, j'ai fait sous le chloroforme une flexion rusque qui produisait l'ostéoclasie de l'olécrâne, ce qui 'avait d'autre résultat que de substituer une bonne attitude l'attitude vicieuse, sans supprimer pour cela l'ankylose. ctuellement, c'est l'arthrotomie qu'il faut faire: l'idéal, 'est de mettre à nu les surfaces articulaires, de les libérer e leurs adhérences et de les replacer dans leurs rapports natomiques normaux; mais ce résultat si désirable qu'il oit, idéal pour ainsi dire, est en réalité bien rarement btenu, les déformations ostéo-cartilagineuses et la présence e tissu fiboïde s'opposant bien souvent à la réduction. i vous ne pouvez obtenir la réduction complète, il faut ratiquer alors une hémi-résection, ce qui est encore une rès belle opération, excessivement utile au malade. La section porte alors de préférence sur l'extrémité inféeure de l'humérus, qui finit par se modeler et s'accommoder 1 crochet cubital. Si cependant cette dernière opération ait impossible, faites la résection du crochet cubital et du dius s'il est nécessaire.

Je ferai donc l'arthrotomie et j'essayerai tout d'abord de duire purement et simplement la luxation sans sacrifier cune partie des extrémités articulaires; si je ne puis ussir j'abattrai l'extrémité cartilagineuse de l'humérus; fin, en désespoir de cause, si les autres tentatives ont houé, je ferai la résection classique totale.

Ordinairement on emploie, pour aborder le coude, une cision externe, celle de Nélaton, ou l'incision en baïonette, d'Ollier: c'est la voie latérale externe que je crois meilleure dans le cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du oude.

Mais pour une luxation du coude d'origine traumatique c'est la voie postérieure qui devient préférable.

MM. Doyen et Decès (de Reims) qui, ont fait une opération de ce genre, ont désinséré le triceps de l'olécrâ pour le suturer ensuite; je crois que l'incision longitudina permet de désinsérer à la rugine le triceps et le périoste de conserver sur l'os cubital un point d'attache suffisa pour que la fonction du muscle puisse s'exercer après résection; puis, cela fait il faut éviter avec soin le ne cubital couché dans la gouttière épitrochléo-oléocrânienn très profondément au contact du périoste.

Les deux volets externe et interne sont aussi relevés dégagés; il faut alors ouvrir l'articulation, en pesant, s est nécessaire, avec un ciseau à froid; si les cavités artic laires sont remplies par du tissu fibreux, on les évide et c les met ensuite au contact; on immobilise alors avec u attelle ordinaire ou un appareil plâtré, aprés avoir fait u suture de la peau avec ou sans drainage. J'opérerai sa appliquer la bande d'Esmarch, car on perd, après la su pression de la bande le temps et le sang qu'on avait écon misés par son application.

Opération. —Incision verticale postérieure; le tendon d triceps est ensuite détaché de son insertion au sommet d l'olécrâne en quelques coups de rugine, puis les lèvres d l'incision étant écartées avec précaution et décollées à l rugine pour exposer les os en ménageant le nerf cubita on cherche à ouvrir l'articulation et à séparer les surface articulaires en pesant avec un ciseau à froid.

Mais il a fallu un brusque mouvement de flexion pou rompre l'ankylose, et il s'est produit à ce moment un lég arrachement de l'extrême pointe de l'apophyse coronoïde.

On peut alors remettre les surfaces articulaires e rapport, mais elles étaient si déformées, si incomplète

our le crochet cubital, si déviées pour la cupule du radius ue la contention en était impossible, bien que la captation ût à la rigueur être faite. Aussi M. Tillaux préféra-t-il ecourir à la résection, et comme la résection du cubitus eul ne lui parut pas suffisante pour assurer la mobilité de article, il fit la résection des os humérus, cubitus, radius amédiatement au-dessus et au-dessous des surfaces artiulaires. (*Lec. de. Clin. Chir.* redigées et publiées par le r Thiery, Paris 1895.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Contribution à la chirurgie des voies biliaires (F. Merrann, *Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, B. XIII, I. 2, 1895). — S'appuyant sur un grand nombre de cas bien tudiés, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, quant ux diverses opérations à entreprendre sur les voies biliaires. n règle générale, il faut opérer toutes les fois que les calculs iliaires donnent lieu à des troubles persistants ou souvent épétés. Du moment que le traitement médical n'est pas suivi amélioration appréciable, on fera bien de n'y pas insister. lus tôt l'intervention chirurgicale a lieu, et plus de chances aura d'obtenir une guérison définitive. Quant à l'ictère, il t d'autant plus dangereux qu'il dure plus longtemps et l'il est plus accusé.

Voici les indications pour les diverses opérations :

Cholécystendyse (incision de la vésicule biliaire, évacuation s calculs, suture, reposition dans l'abdomen). — C'est le océdé type, toutes les fois qu'on a affaire à une vésicule

biliaire à parois peu altérées, à contenu bilieux, muqueux hydropique. Cette opération donne le meilleur pronostic.

Cholécystectomie. — Elle n'est indiquée que dans les ca où la vésicule biliaire a subi la dégénérescence ulcéreu ou en cas de tumeurs malignes.

Cholédocotomie. — Les deux opérations sus-indiquées sont possibles qu'autant que le canal cholédoque ou cystiq est perméable. Le cholédoque est-il rempli de calculs o l'on ne réussit pas à repousser vers la vésicule biliaire, c' à la cholédocotomie que l'on aura alors recours.

Cholécystentérostomie. — On n'entreprendra cette opé tion que dans les cas où il s'agit d'une obturation non cal leuse du cholédoque ou quand il est techniquement imp sible d'enlever directement le calcul obturant le cholédoc Il ne faut jamais perdre de vue le danger qu'il y a de lai des calculs enclavés dans le cholédoque.

Cholécystostomie en un seul temps. — Elle est indiquée d tous les cas où l'on ne rencontre pas les conditions sus-é mérées, c'est-à-dire, dans la cholécystite suppurée non u reuse, quand la vésicule biliaire est relativement saine et le canal cystique n'est pas encore perméable, en cas d'ic grave par stase pour parer palliativement aux dangers d cholémie. Quant à la

Cholécystostomie en deux temps — elle n'est pas à rec mander; tout au plus s'en servira-t-on chez les persor très affaiblies, cachectiques.

Toutes ces opérations employées en temps et lieu uti mettent aussi (à en juger d'après les faits connus jus l'heure qu'il est) à l'abri de la récidive de la lithiase bilia

Les opérations sur les voies biliaires sont tout à fait tiles contre la lithiase intrahépatique. Les fistules bilia s'oblitèrent presque toujours spontanément. Restent-e ouvertes, c'est, dans la majorité des cas, à des coudures cholédoque qu'il faudra penser : on détachera le cholédoqu

ıdhérences et on le reposera dans l'abdomen; parfois il ndiqué de le suturer à l'intestin. Les petites fistules muıses ne demandent aucun traitement et n'occasionnent aux malades de désagréments bien notables. (*Central-* *für die gesammte Therapie*, juin 1895, p. 352 et 353.)

Médecine générale.

r le traitement de l'influenza (*Practitioner*, avril 1895). — ; encore l'antipyrine qui donne les meilleurs résultats le traitement de l'influenza. On ne s'adressera à d'autres :caments que quand l'antipyrine est contre-indiquée par ı de l'âge par trop avancé, les troubles vasculaires, etc. .oit prendre garde de ne pas l'administrer à doses trop ìes et à des intervalles trop espacés. La formule qui suit ıge rapidement les malades et remédie à la dépression écutive :

Antipyrine		0gr,30
Bicarbonate de soude		0gr,30
Sel volatil		X gouttes.
Teinture d'opium		II —
Eau d'aneth	q. s. p. f.	15 grammes.

S. à prendre en une seule fois d'abord, à trois reprises, ıs les demi-heures, ensuite toutes les deux heures, toutes rois heures, et enfin toutes les quatre heures, si cela est ssaire.

ıssociation d'une petite quantité de laudanum semble pré- · la prostration nerveuse. La céphalée de l'influenza est le ıx influencée par la phénacétine formulée comme suit :

Phénacétine		0gr,30
Bromhydrate de caféine	q. s. p. f.	8 grammes.

)S. à prendre dans un verre d'eau; on répétera la dose ·s les deux heures jusqu'à cessation de la céphalée. ·*rmaceutical Journal and Transactions*, 25 mai 1895, 00, p. 1086.)

Observations d'un cas de tétanos traumatique guéri par le bromure de potassium et l'hydrate de chloral associés (Dr Toussaint, *Trib. Méd.*, juil. 1895). — L'auteur a donné des soins à un jeune homme de dix-huit ans, atteint de tétanos classique à la suite d'une blessure légère du gros orteil, par un éclat de verre. Les accidents débutèrent après un somme de vingt minutes sur le sol d'un chantier où avaient séjourné des bœufs et des chevaux. On vit se succéder chez cet homme le trismus, la raideur de la nuque et les crises d'opistothonos très douloureuses, entravant tout sommeil. Le traitement consista dans l'administration de 10 à 15 grammes de bromure de potassium et de chloral dans les vingt-quatre heures, en bains de vapeur et en frictions de chloroforme. Les urines étaient rares, l'hyperesthésie de la peau extrême. La situation ne commença à s'améliorer que vers le sixième jour, les crises plus courtes s'espacèrent, le malade pouvant faire de petits sommes de dix minutes à un quart d'heure. Enfin, quinze jours plus tard, guérison complète, sauf un peu de trismus qui céda lui-même au bout de deux semaines, le chloral bromuré fut continué pendant tout ce temps à doses décroissantes.

Pharmacologie.

Résorcine contre la leucoplasie buccale (Leistikow, *Monastshefte für praktische Dermatologie*, 1895). — L'auteur applique plusieurs fois par jour, après les repas et avant de se coucher, sur les lésions de la muqueuse des gencives et de la langue la pâte suivante :

Résorcine	2gr,70
Kaolin	1gr,35
Axonge	30 grammes.

Les applications sont faites avec du coton enroulé lâchement autour d'un éclat de bois pointu. La guérison survient ordinairement dans une quinzaine. Pour atténuer l'hyperhémie

plaques leucoplasiques causée par la résorcine, on y appli-
ɪra, 3 à 4 fois par jour, du baume du Pérou. (*Pharmaceu-
ıl Journal and Transactions*, 18 mai 1894, n° 1299, p. 1055.)

hymol dans le traitement de la dentine sensible (Kirk, *ırnal of the british dental Association*, XVI, p. 296). — cas de carie profonde avec dentine sensible, l'auteur ırre temporairement la cavité dentaire d'une masse en ta-percha qu'il touche avant l'insertion avec des cristaux thymol : outre son action antiseptique, le thymol sert aussi ır rendre plus obtuse la sensibilité de la dentine. (*Pharceutical Journal and Transactions*, 22 juin 1895, n° 1304, 1194.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

onduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques, ière, *Mercr. méd., juillet 1895*). — Sous le nom d'accidents vido-cardiaques, il y a lieu de distinguer :

› Les accidents qui surviennent sous l'influence de la ssesse, chez des femmes antérieurement atteintes de ons cardiaques vraies ;

› Les accidents simplement fonctionnels, ceux-là favorisés l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse ; par la e fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents ves néanmoins et demandant une médication rationnelle ɪnergique.

hez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur appelé près d'elle, d'accidents cardiaques aboutissant déjà près d'aboutir à l'asystolie, la provocation artificielle de couchement est rarement indiquée d'emblée.

a saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action rgique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin rgatifs, désinfection intestinale).

hez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur

est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendan l'expulsion, qui doit alors être artificielle, pour hâter le plu possible la parturition peut, même avec prudence et malgr l'état du cœur, et à cause même de l'état du cœur, être donn en toute assurance.

De la tachycardie essentielle paroxystique et de s traitement par le repos, le lait, la digitale et le bromur par H. Desplats (*Journ. des Sci. Méd. de Lille, 1895*). — I Dr Desplats relate une observation de tachycardie essentiel paroxystique. Il insiste sur l'efficacité de la digitale donnée doses élevées (75 centigrammes de poudre en macération o cinq à six granules de digitaline), sur celle du régime lacté du repos. D'autre part, le bromure de potassium donné à l dose de cinq grammes par jour dans l'intervalle des crises paru en diminuer le nombre et en abréger la durée.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Les acides pour diminuer le volume des séquestres de la cavité nasale et des rhinolithes (H. Bergeat, *Müncheneı medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 12). — L'institution du traitement antisyphilitique peut nous faire espérer que les séquestres finiront par se recouvrir d'un nouveau périoste mais cependant il arrivera de temps en temps qu'il faudra chercher des moyens pour activer l'expulsion définitive du séquestre, soit indirectement en stimulant la formation de granulations saines, soit directement en diminuant le volum du séquestre.

L'auteur recommande dans ce but l'acide chlorhydrique qu serait, d'après lui, supérieur à l'acide azotique, phosphorique

ichloracétique, sulfurique, chromique ou lactique. Il se sert
l'acide cru, non purifié. Il emploie comme porte-acide les
ndes en cuivre usées, rendues rugueuses à leur extrémité
itérieure.

Le malade aura lavé soigneusement la cavité nasale chez
i, avant d'arriver chez le médecin, puis on l'essuiera à sec
l'on portera l'acide à chaque point de l'os que l'on peut
teindre. L'acide vient-il en contact avec des parties saines
l'os, on lavera immédiatement avec une solution de soude
5 0/0. Dans chaque séance on pourra renouveler, à 2 ou
reprises, à de courts intervalles, l'attouchement avec l'acide
s parties osseuses séquestrées. La diminution du volume
s séquestres sera hâtée par le râclement de la couche
seuse décalcifiée ramollie. Les séances peuvent être répé-
es plusieurs fois dans la même journée. Revenu chez soi,
malade se fera des insufflations d'iodol dans la cavité
isale.

Il est important au plus haut degré d'enlever le plus tôt
ssible les séquestres de la cavité nasale. (*Centralblatt für
e gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 423 et 424.)

Maladies de la peau et syphilis.

**Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les
ins sulfurés combinés aux frictions mercurielles et quel-
es recherches expérimentales à ce sujet** (Grabowski, *Ar-
io für Dermatologie rend Syphilographie*, B. XXXI, H. 2,
95). — S'appuyant sur des observations cliniques et des ex-
riences sur des animaux, l'auteur affirme la résorption
sulfure de mercure formé aux dépens de l'hydrogène con-
u dans les bains sulfurés et du mercure des frictions
rcurielles simultanées : ce sulfure de mercure résorbé
erce la même action spécifique que les autres préparations
rcurielles. Les bains de barège n'entravent nullement la
sorption du mercure : témoin le grand nombre (jusqu'à
0/0) de léger mercurialisme que l'on voit survenir chez les

sujets traités par les bains sulfurés associés aux frictio mercurielles.

La plupart des cliniciens considèrent ce traitement cor biné comme utile, vu que l'on peut parler tout au plus d'ı ralentissement, mais nullement d'une diminution ou d'ı empêchement de l'action spécifique du mercure. D'autant pli que, grâce à ce traitement combiné, on peut administrer l mercure en plus grande quantité que par les frictions seule: De plus, les bains sulfurés combattent efficacement le troubles dans l'échange des matières qui aggravent si consi dérablement le pronostic de la syphilis.

Pour que le traitement de la syphilis par les bains sulfuré produise l'effet désiré, il est indispensable d'instituer simul tanément les frictions mercurielles faites soigneusement ave des doses ordinaires de mercure.

On voit donc que sont tout à fait dans l'erreur les auteur qui rejettent les bains sulfurés dans le traitement de la sy philis parce que, d'après eux, il se formerait alors du sulfur de mercure insoluble et non-résorbable. Mais, d'autre part, i ne faut pas non plus trop surfaire la valeur de ce traitement combiné.

Les injections de sulfure de mercure pur (contenant 86,5 0/0 de mercure) pratiquées dans les muscles fessiers chez 5 chat ont démontré, non seulement le passage du mercure dans l'urine, mais aussi l'éclosion de tous les phénomènes cliniques et des altérations anatomiques de l'intoxication hydrargyrique type (salivation, diarrhée, vomissement, stomatite, entéro-colite membraneuse et néphrite typique). Le sulfure de mercure était-il appliqué en frictions, il passait plus lentement dans l'urine et, même après l'emploi des doses élevées, les phéno mènes toxiques ne survenaient qu'assez tardivement. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 26, p. 560.)

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 169.10.95.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

ement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les toires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, indications de ce traitement,

Par M. le Dr P. DIGNAT,

on chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

ut que nous nous proposons en publiant ici cet est, si possible, d'attirer à nouveau l'attention du médical sur un mode de traitement de l'épilepsie e, traitement facile à appliquer, n'offrant aucun nient pour le malade, fort souvent efficace, mais, tous ces avantages, très peu usité, ou en tous cas, pas recommandé par les auteurs qui, en France du ont, depuis ces dernières années, écrit sur la patho- t le traitement de cette affection. Et pourtant, il 'une méthode thérapeutique préconisée, pour la e fois, il y a plus de soixante ans, par un médecin e pays, expérimentée depuis, à de rares intervalles il , soit en France, soit à l'étranger, presque toujours ccès, par différents auteurs, et, il y a quelques années r nous-même, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, service de notre éminent maître, M. le professeur dont nous avions alors l'honneur d'être chef de e.

e d'utiliser les révulsifs dans le traitement de cer- formes de l'épilepsie est, d'ailleurs, fort ancienne. A t, Bravais, sur les travaux de qui nous aurons à

revenir, rapporte des faits absolument probants. C'est ainsi qu'il nous montre Boerhaave employant, pour combattre l'épilepsie débutant par les membres, les révulsifs et la ligature; qu'il rappelle le cas de Wepfer guérissant un paysan dont l'accès avait son point de départ dans le pied, par un vésicatoire appliqué à la face dorsale, et qu'il signale aussi quelques succès analogues relatés par Maisonneuve. D'autre part, Sennart rapporte qu'Henricus ab Heer ayant remarqué qu'une jeune fille, devenue épileptique à la suite d'une terreur, se frottait constamment le gros orteil de chaque pied dans ses accès, y ouvrit deux cautères et guérit ainsi la malade.

On retrouve, du reste, des faits du même genre à des époques beaucoup plus reculées. Galien, par exemple, observa un enfant de treize ans dont l'accès débutait par la cuisse. Or, cet enfant fut guéri par l'application d'un médicament composé de thapsie et de moutarde et par la ligature du membre au-dessus du point de départ de l'épilepsie. Alexandre de Tralles, d'un autre côté, fit cesser une épilepsie qui commençait par le dos du pied, en appliquant à ce niveau un vésicatoire fait avec le lepidium.

Mais, quelque intérêt qu'il puisse y avoir à rappeler ces différents faits, il faut, nous le répétons, arriver à Bravais qui, le premier, on le sait, a laissé une monographie assez exacte de la maladie dont nous nous occupons (1), maladie à laquelle il donnait le nom d'épilepsie hémiplégique, mais qui, depuis, a été tour à tour désignée sous les appellations diverses d'épilepsie partielle, corticale, bravais-jacksonienne, symptomatique, etc., etc., pour voir appliquer, d'une façon méthodique, les vésicatoires au traitement de cette affection.

(1) Bravais. Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique (*Thèse de doctorat.* Paris 1827).

Bravais relate, en effet, trois observations très complètes concernant : l'une, un homme de 46 ans dont l'accès s'annonçait par des convulsions des membres du côté droit ; l'autre, un homme de 42 ans chez qui les accidents débutaient par le bras droit et par le membre abdominal du même côté ; la troisième, enfin, un homme de 36 ans, dont l'aura siégeait à la jambe gauche. Deux larges vésicatoires appliqués, chez le premier malade, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur la jambe droite, puis, plusieurs applications de vésicatoires ayant la forme de colliers ou plutôt de bracelets et mesurant environ deux ou trois pouces de largeur, autour du poignet droit et de la partie inférieure de la jambe droite, chez le second malade, et autour de la jambe gauche, chez le troisième, les débarrassèrent tous trois définitivement de leur maladie.

Quelques années plus tard, en 1843, Récamier publiait, à son tour, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), l'observation d'un homme atteint du même mal, ayant eu cinq attaques depuis un mois, chacune d'elle s'annonçant par un tremblement dans une moitié du corps et par une crampe au mollet gauche, et qui fut radicalement guéri après quelques applications successives de vésicatoires sur le trajet de l'aura.

Mais, en dépit de l'importance du mémoire de Bravais et de l'intérêt présenté par l'observation de Récamier, de très nombreuses années allaient s'écouler sans qu'on entendît parler, d'une manière positive, de l'action thérapeutique des vésicatoires dans l'épilepsie partielle.

Ce ne fut, en effet, qu'à partir de l'année 1882 que l'attention fut de nouveau éveillée sur cette question, par

---

(1) RÉCAMIER. Épilepsie guérie par l'emploi des vésicatoires volants (*Gazette des hôpitaux*. Paris, 1813, p. 599).

suite de la publication par Buzzard, en Angleterre, d'une série de leçons sur les maladies du système nerveux (1). Dans une de ces leçons, entièrement consacrée d'ailleurs à l'étude de l'action des vésicatoires circulaires dans l'épilepsie, l'auteur, non seulement relatait plusieurs succès obtenus par lui grâce à la méthode de Bravais, mais encore décrivait sous le nom de « transfert de l'aura », un phénomène assez fréquent d'ailleurs, observé déjà par Bravais et par Récamier, et consistant, ainsi que le nom l'indique, dans le changement de siège de l'aura, chez certains malades, sous l'influence du traitement.

Deux ans plus tard, en Allemagne, le professeur Hirt, de Breslau, publiait une étude sur le même sujet, et, par cinq observations nouvelles, confirmait les recherches faites antérieurement. Une de ses observations révélait en outre, un mode particulier de transfert de l'aura : le transfert psychique (2).

C'est à peu près de la même époque que datent les recherches faites dans le service de M. le professeur Pitres, recherches auxquelles nous faisions allusion plus haut, et au cours desquelles il nous fut possible, grâce à quelques observations que nous recueillîmes, de nous convaincre de la réelle efficacité de la méthode de Bravais.

Ces observations, ainsi que quelques autres, furent du reste consignées un peu plus tard, en 1886, dans la thèse

---

(1) Thomas BUZZARD. Clinical lectures on diseases of the nervous system. Lecture XXIV. On phenomena of transfer in epileptic patients by applications of encircling blisters, page 427 (*London*. J. et A. Churchill, 1882).

(2) HIRT. Ueber das auftreten von transfert Erscheinungen wahrund der Behandlung der partiellen Epilepsie (*Neurologischen Centralblatt*. 1884, n° 1. Leipsig).

de M. le docteur Crozes (1), thèse soutenue devant la Faculté de Bordeaux, et dont les principales conclusions, appuyées, d'une part, sur les différents faits de Bravais, de Récamier de Buzzard et de Hirt, d'autre part, sur sept observations inédites provenant du service de M. Pitres, étaient les suivantes :

« 1° Les vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura peuvent amener la guérison complète et définitive des attaques d'épilepsie jacksonienne . . . .

« 2° Dans le cas où l'application des vésicatoires n'a amené ni guérison, ni amélioration sensible, les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et après eux, M. le professeur Pitres, ont observé des modifications notables dans les caractères symptomatiques de l'attaque. Parmi les phénomènes observés dans ce cas, celui qui frappe le plus est le phénomène de transfert de l'aura qui peut se montrer sur les membres du côté opposé ou enfin sur plusieurs membres à la fois... On peut même voir le transfert de la paralysie post-épileptoïde se faire dans les membres du côté opposé.

« 3° Il semble qu'il y ait lieu de tenter la cure par les vésicatoires dans tous les cas d'épilepsie partielle à aura motrice périphérique. Les vésicatoires seront appliqués au niveau ou au-dessus du point de départ de l'aura, et si, sous l'influence des premiers vésicatoires, il y a transfert de l'aura, on appliquera de nouveaux révulsifs sur les points où l'aura fera son apparition. »

Le travail de M. Crozes, le premier, croyons-nous, qui, depuis Bravais et Récamier, ait été publié en France sur cette question, consacrait donc, une fois de plus, on le voit,

---

(1) Crozes. Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie jacksonienne (*Thèse de doctorat*. Bordeaux, 6. Imprimerie du Centre).

la méthode de traitement de l'épilepsie partielle à aura motrice et du type vulgaire par les vésicatoires.

Mais ce n'est pas tout. A peu près au même moment, Charcot (1), d'une part, M. Pitres (2), de l'autre, montraient qu'à côté de ce type classique d'épilepsie partielle, il existe des épilepsies partielles sensitives différant de ce type par la prédominance dans ces dernières des troubles de la sensibilité au lieu des troubles de la motricité.

Or, en 1892, dans un article paru dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, M. Pitres (3) faisait voir, à l'aide d'une observation clinique inédite, que, tout comme dans certains cas d'épilepsie partielle motrice, les vésicatoires circulaires appliqués au-dessus de l'aura sensitive pouvaient amener la guérison définitive de cette nouvelle forme d'épilepsie partielle.

Eh bien, ainsi que nous l'écrivions dès les premières lignes de ce mémoire, malgré ces diverses recherches, malgré les publications auxquelles elles ont donné lieu, on ne voit pour ainsi dire pas mentionner dans les travaux les plus récents sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie partielle ce mode de traitement.

Ni dans le Mémoire de MM. Marinesco et Sérieux sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, (4), ni dans

---

(1) Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière (Tome II, année 1887, pages 20 et 368).

(2) Pitres. Étude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne (*Revue de médecine*, t. VIII, août 1888, p. 609).

(3) Pitres Des épilepsies partielles sensitives (*Archives cliniques de Bordeaux*, t. I, n° 1, janvier 1892).

(4) Marinesco et Sérieux. Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie (Collection des *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XIV. Bruxelles, 1895).

celui de MM. Claus et Van der Strich, sur le même sujet (1), mémoires couronnés l'an dernier par l'Académie royale de médecine de Belgique, pas plus, du reste, que dans la thèse encore plus récente de M. Siguier (2) sur le traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne, il n'en est question. Seul, M. le professeur Raymond (3), dans une leçon faite il y a quelques mois à la Salpêtrière et publiée dans la *Revue Internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*, en touche quelques mots ; encore n'en parle-t-il que d'une manière quelque peu incidente, et semble-t-il ne voir dans ce mode de traitement qu'un moyen capable d'amener la cessation des accidents « pendant une période de temps plus ou moins longue. »

Dans ces conditions, nous pensons faire œuvre intéressante et utile en publiant à cette place l'observation suivante qui nous semble mériter de figurer à côté de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour :

M... Daniel, palefrenier, âgé de 17 ans, né à Paris, où il habite avec ses parents.

Antécédents héréditaires. — Le *père*, maître d'écurie, âgé de 45 ans, a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais été malade : pas d'alcoolisme, pas de syphilis. — La *mère*, actuellement âgée de 43 ans, a dans sa jeunesse, présenté des

---

(1) Claus et Van der Stricht. Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie (*Même collection.* Bruxelles, 1895).

(2) Siguier. De l'épilepsie bravais-jacksonienne. Considérations cliniques et thérapeutiques (*Thèse de doctorat de Paris.* Henri Jouve, éditeur, 1895).

(3) Raymond. Étiologie et traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne (Leçon faite à l'hospice de la Salpêtrière le 23 mars 1895). *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, année 1895, n°s 6 et 7, pages 174 et suivantes et pages 214 et suivantes.

symptômes nerveux (attaques de nerfs, assez fréquentes, mais sans convulsions, paraît-il). Depuis deux ans, elle a des métrorrhagies, probablement symptômatiques d'un fibrome au début.

Le *grand-père paternel*, âgé maintenant de 71 ans, jadis palefrenier aux écuries de l'empereur et aujourd'hui concierge d'un immeuble situé dans une des avenues voisines des Champs-Elysées, jouit, malgré son grand âge, d'une santé parfaite, seulement troublée, à de rares intervalles, par quelques très légères poussées d'eczéma à la face dorsale des mains et derrière les oreilles. — La *grand-mère* (toujours du côté paternel) est vivante, elle aussi, et quoique très âgée elle-même (elle a, en effet, 4 ans de plus quo son mari), jouit d'une très bonne santé.

Du côté maternel, les antécédents laissent à désirer. La *grand-mère*, âgée de 66 ans est seule vivante. Le *grand-père*, cultivateur dans les environs de Paris, est mort à 48 ans, des suites d'une longue affection nerveuse sur laquelle nous n'avons pu avoir des renseignements précis, et qui, dans les derniers temps, s'était compliquée d'une tumeur de l'estomac.

Le malade a eu et a encore *trois frères* et *une sœur*. Il est le troisième des cinq enfants, dont l'aîné, aujourd'hui âgé de 23 ans, est fort et vigoureux. Le plus jeune, un garçon également, âgé de 10 ans, s'est très bien porté jusqu'à ce jour. Il en est de même de l'autre frère, de quatre ans plus vieux que lui. Quant à sœur, élevée, jusque dans ces derniers temps, à la campagne par sa grand-mère maternelle, elle n'est à Paris que depuis peu, et n'y a été ramenée par ses parents que dans le but de l'y faire soigner. *Elle est, en effet, atteinte de chorée*, depuis trois ans environ, et nous la traitons pour cette affection, voilà bientôt un mois.

Antécédents personnels. — Malingre et chétif durant la première enfance. Daniel M... n'a pourtant présenté, pendant cette période, aucun phénomène particulier, et n'a jamais eu, nous assure-t-on, ni convulsion, ni maladie proprement dite.

A partir de la dixième année, l'enfant qui, jusqu'alors était resté notablement plus grêle que les enfants de cet âge, se développa tout d'un coup, et grandit considérablement jusque vers l'âge de 13 ans. Mais à ce moment, ce développement s'arrêta net, et bientôt, les apparences de bonne santé qu'il présentait depuis quelques temps firent place à un amaigrissement profond et à un état d'anémie très intense. Inquiets de cela, les parents consultèrent plusieurs médecins qui tous, conseillèrent des fortifiants, des bains froids, voire même un séjour à la mer, toutes prescriptions qui furent exécutées mais sans qu'aucune amélioration se produisît dans l'état de l'enfant. Bientôt on eût l'explication de la chose : on s'aperçut que le jeune M... s'adonnait avec frénésie à la masturbation, et à tous les instants de la journée. Ce vice était développé chez lui à un tel degré qu'à plusieurs reprises il fut renvoyé pour ce fait, de diverses écoles. Ce fut à cette circonstance que nous dûmes l'occasion, dans le courant de l'année 1890, de voir le jeune M... pour la première fois, ses parents étant venus nous demander notre avis sur son cas. Nous conseillâmes tout ce que nous jugeâmes pouvoir être utile : exercices physiques allant jusqu'à la fatigue, bains douches, surveillance très étroite de tous les instants et aussi bien la nuit que le jour, etc. Grâce à ces mesures, et plus encore peut-être, par la crainte d'être, comme son père l'en menaçait, enfermé dans une maison de correction, l'enfant finit peu à peu par se débarrasser de ses fâcheuses habitudes, et, au bout d'un an et demi environ, après un séjour à la campagne, il revint à Paris, présentant cette fois, les apparences d'une santé convenable, ainsi que nous le constatâmes nous-même, fin 1892.

Maladie actuelle. — Le *8 juin 1894*, la mère de Daniel M... qui, depuis quelques jours nous amenait régulièrement sa fille à laquelle nous avions conseillé des bains statiques, en vue de combattre la chorée dont elle était afligée, nous conduisait en même temps son jeune garçon pour nous demander

conseil au sujet d'un accident qui lui était arrivé l'avant-vei
Ce jour-là, vers cinq heures après-midi, Daniel M... était, s
la surveillance de son père, occupé à panser un cheval, lo
qu'il ressentit tout à coup dans le poignet droit, puis dan
main et enfin dans tout l'avant-bras, une sensation de fr
très vif à laquelle succéda presque immédiatement un eng
dissement complet du membre qui le contraignit à lai
tomber la brosse dont il se servait. Croyant à une maladr
le père commençait déjà à l'interpeller rudement, quan
vit le jeune homme pâlir, comme s'il allait se trouver
et, en même temps être pris de tremblements convu
dans tout le membre supérieur droit. S'étant précipité
le soutenir, il le saisit et le transporta sur un tas
paille voisin où il l'étendit. Mais durant ce très court in
valle de temps, tout était rentré dans l'ordre, et Daniel
qui, d'ailleurs, n'avait pas perdu connaissance, déclarait aus
que « ça n'était plus rien ». Il accusait seulement une gra
fatigue, et un peu d'engourdissement du bras droit. Mo
sans le secours de personne, dans sa chambre il s'étendit
habillé sur son lit, et s'endormit assez rapidement d'un s
meil paisible qui dura deux heures environ. A son réve
ne ressentait plus rien, sinon une légère lourdeur du m
bre supérieur droit. Comme c'était l'heure du dîner, il dema
à se mettre à table, et tout d'abord mangea avec assez d
pétit.

Mais le repas n'était pas encore achevé, que les mê
accidents se reproduisaient, également annoncés cette
par la même sensation de froid dans le poignet, dans
mains, à l'avant-bras du côté droit, par la pâleur du vis
phénomènes auxquels succédaient presque immédiatem
des mouvements convulsifs du membre, mouvements rap
et cessant quelques secondes pour recommencer auss
Daniel M... ayant été transporté dans son lit, les convuls
cessèrent après cinq ou six minutes, nous dit-on, et le ma
s'endormit assez vite. Le lendemain matin il s'éveillait con

d'habitude, n'éprouvant rien d'anormal si ce n'est quelque lassitude et un peu de faiblesse de la main droite. La journée et la nuit qui suivirent s'écoulèrent sans autre accident, et Daniel M... qui s'était levé dans le cours de la matinée mangea comme à l'ordinaire et put même se livrer à quelques occupations.

État actuel. Examen du malade (*8 juin 1894*). — Le faciès est assez bon et dénote une santé à peu près satisfaisante. Seulement, le malade a l'aspect timide ; il semble fuir les regards, et rougit facilement.

Pourtant l'intelligence est saine, et Daniel M... répond nettement à ce qu'on lui demande.

Il n'y a pas d'asymétrie de la face, et le crâne paraît bien conformé. Rien de particulier à noter concernant la conformation et le mode d'attache du pavillon de l'oreille.

Le thorax est un peu maigre, et les omoplates sont légèrement saillantes.

Les membres supérieurs et inférieurs, aussi bien ceux du côté droit que ceux du côté gauche sont bien conformés.

Tous les mouvements volontaires sont possibles, et le malade peut, devant nous, mouvoir aussi aisément le membre supérieur droit que celui du côté opposé.

La force de pression de la main droite (approximativement évaluée, il est vrai, et sans le secours du dynamomètre) nous paraît être la même que celle de la main gauche. Le malade étant droitier, nous en déduisons qu'il doit y avoir un léger affaiblissement à droite.

La marche est normale.

Les réflexes tendineux rotuliens sont à peu près normaux et égaux des deux côtés.

Pas de trépidation épileptoïde.

En ce qui concerne la sensibilité générale, le malade n'accuse aucune douleur, ni même aucune sensation anormale en

dehors de la sensation du froid qu'il a ressentie au momen de chacune de ses deux crises.

A l'exploration, nous ne trouvons nulle part ni plaque d'anes thésie, ni plaque d'hyperesthésie.

Le tact est conservé et le malade distingue parfaitement le différences thermiques aussi bien dans le membre supérieu droit que dans les autres parties du corps.

La vue est normale.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à lumière. L'accommodation à la distance se fait bien. — Pas diplopie.

Rien d'anormal non plus du côté de l'ouïe, ni du côté goût. Jamais le malade n'a eu de bourdonnement, ni de siff ment d'oreille, et il n'a jamais éprouvé aucune sensation saveur anormale.

Rien au cœur ni aux poumons, pas plus du reste qu'au fo et aux reins.

Pas de troubles digestifs.

Pas de constipation habituelle.

La miction se fait bien. — Durant les deux crises préc dentes le malade n'a pas uriné sous lui.

Par le seul récit qui venait de nous être fait, nous n'avio pas grande difficulté à nous convaincre qu'il s'agissait en cas d'épilepsie partielle à aura sensitivo-motrice. Cette co viction ne pouvait qu'être confirmée du reste par l'exam du malade et aussi par les commémoratifs précis que no possédions sur ses antécédents personnels et héréditair Néanmoins, nous nous abstînmes, ce jour-là, d'ordonner a cune médication, limitant notre intervention à de simpl prescriptions hygiéniques, et demandant seulement qu' nous prévienne sans retard si un accident quelconque se rep duisait.

Quinze jours s'écoulèrent durant lesquels il ne se passa ri de nouveau.

Mais dans la matinée du *23 juin* nous étions appelé ch

Daniel M... — Dès notre arrivée, on nous apprenait que depuis la veille au soir il avait eu quatre crises, pareilles aux deux précédentes. — La première crise s'était produite vers huit heures du soir, au moment où le malade allait se mettre à table. Elle avait duré environ cinq minutes, et le malade s'était couché aussitôt après. — La seconde s'était manifestée une demi-heure plus tard et avait eu à peu près la même durée. — La troisième était survenue vers dix heures. — Quant à la quatrième, elle s'était déclarée le matin même, à sept heures, à l'instant précis où le malade, encore au lit, allait prendre une tasse de lait qu'on lui apportait. Cette dernière crise, la plus violente de toutes, s'était prolongée pendant plus d'un quart d'heure et avait été suivie, paraît-il, de perte de connaissance du sujet, lequel s'était ensuite profondément endormi.

Chaque fois, d'ailleurs, les symptômes avaient été les mêmes que ceux qui ont été décrits plus haut : sensation de froid dans le poignet droit, dans la main et dans l'avant-bras, convulsions de tout le membre supérieur droit, engourdissement et même parésie presque complète de ce dernier, pâleur au visage, enfin lassitude et tendance au sommeil.

A la suite de la dernière crise, Daniel M... avait dormi près de trois heures, et il y avait à peine une heure qu'il était réveillé lorsque nous arrivâmes près de lui.

A ce moment, ses traits révélaient un peu de fatigue, mais rien de plus. En revanche, le membre supérieur droit était à moitié paralysé, et ce n'était qu'au prix des plus grands efforts que le malade pouvait le soulever, sans le secours de la main gauche, de quelques centimètres. Quant aux mouvements de la main droite, ils étaient presque impossibles.

Daniel M... se rappelait d'une façon suffisamment précise les diverses phases initiales de chacune de ses crises, et il n'accusait maintenant aucun malaise ni aucune céphalée.

Pas de traces de morsure de la langue, et pas plus que les autres fois, le malade n'avait uriné sous lui.

Comme traitement unique, nous prescrivons l'applicatior *au-dessus du poignet droit d'un vésicatoire large de troi centimètres, et assez long pour entourer complètement c segment du membre*. Nous recommandons de le laisser e place pendant 24 heures, puis, de procéder ensuite à un pan sement ordinaire, sans rien faire de plus.

Deux jours après (*25 juin*), nous revoyons le malade. Nou nous assurons que le vésicatoire a bien été appliqué ainsi qu nous l'avions indiqué. — Bien que gêné par la douleur encor occasionnée par la plaie récente de ce vésicatoire. Daniel M. peut remuer assez facilement sa main, soulever l'avant-bra et le bras et leur faire exécuter les divers mouvements d'exte sion et de flexion. Cependant, le malade déclare éprouv encore, *par moments*, une sensation de froid dans l'avant-bra droit et au niveau du coude.

Immédiatement, nous faisons appliquer *un second vésica toire circulaire*, mais, cette fois, à la partie inférieure du bra juste au-dessus de l'articulation du coude.

Le *30 juin*, nous visitons de nouveau Daniel M... qui, c jour-là, nous affirme que la sensation de froid qu'il resse tait en divers points du membre supérieur droit s'est entière ment dissipée, qu'il n'a aucun autre accident, et qu'enfin il s porte très bien.

Quelques jours après nous constations encore que cet éta satisfaisant continuait à persister, que le membre supérieu droit avait repris toute sa force, et que le malade pouvait s'e servir comme autrefois.

Depuis cette époque, nous avons eu plusieurs fois l'occa sion de nous rendre compte que la santé du malade ne lais sait plus rien à désirer.

Tout récemment enfin (*juillet 1895*), nous recevions d lui-même et de ses parents l'assurance que depuis plus d'u an, il n'avait eu aucune crise, ni rien d'analogue.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE DOCUMENTAIRE

Notes sur la médecine annamite,

PAR M. LE MAR'HADOUR, médecin de la marine.

(suite et fin).

§ VIII

MÉDICATIONS ÉTRANGES.

En multipliant les chapitres, en diversifiant les classes de médicaments annamites, il en reste cependant encore beaucoup qui ne trouvent pas leur place et qui nécessitent le chapitre artificiel des médicaments étranges.

Nous avons vu le fréquent usage des excréments en chirurgie, ils sont également usités en médecine. Au début de la variole par exemple, si l'éruption tarde à sortir, on administre du miel mélangé avec des excréments de chien, de chat, de cochon et même d'homme.

Les substances sont recueillies à date fixe, le douzième mois « Novembre » et mises à sécher, puis soigneusement rangées jusqu'à usage.

La corne de rhinocéros, joue un rôle fort important en thérapeutique et s'adresse à toutes les maladies. Elle jouit d'une réputation très analogue à celle de la fameuse corne de licorne dans notre ancienne pharmacopée. La corne de cerf a des propriétés moins étendues et moins rares.

Pour tout citer il faudrait des volumes : passons donc rapidement sur le sang de la crête de coq, qui sert à de

multiples usages, sur l'écaille de tortue, sur celle du pangolin, etc. Il n'est pas d'animaux sauvages ou domestiques, dont partie ou tout ne soit utilisé.

Arrêtons-nous un instant au fiel d'ours, dont le rôle est considérable, soit en médecine, soit en chirurgie. Le fiel d'ours arrête les hémorragies, chasse les humeurs peccantes. Très coûteux, ce produit est l'objet de nombreuses fraudes, et son achat est précédé d'un contrôle. On met sur un vase rempli d'eau un fragment de feuille de latanier, et l'on verse quelques gouttes des précieux médicaments, s'il est sincère et non sophistiqué, la feuille entre en rotation.

Le ver de terre est un fébrifuge réputé, on le mange soit avec du citron, soit cuit dans une banane.

La toile d'araignée jouit des mêmes propriétés, on prend le matin les fines toiles couvertes de rosée, pour joindre à l'action spécifique de ce curieux remède, l'effet bienfaisant de l'eau fraîche du ciel. Il me semble que le médicament est utilisé dans notre médecine populaire (1).

La terre des nids de termites sert, nous l'avons vu ailleurs, à dégager les conduits du lait chez les nourrices.

Je crois inutile de prolonger cette énumération, et j'arrive à des méthodes étonnantes.

L'une est le traitement des maux de tête par la méthode sternutatoire. On insuffle dans le nez du patient une poudre complexe qui le fait éternuer et chasse avec les mucosités la douleur et la lourdeur de tête. « Les Annamites croient à la méthode antiglaireuse chez nous si populaire. » Cette poudre sert aussi de pierre de touche, dans les états comateux et les syncopes, si le malade réagit, le pronostic est

(1) Voir Dujardin-Beaumetz. *Cliniques thérapeutiques*.

favorable, mais s'il ne proteste pas par un vigoureux éternuement, l'issue est fatale.

Le traitement de la pendaison est encore un bon exemple de ces surprenantes pratiques médicales.

Le pendu est étendu sur un lit ou sur le sol, la corde est dénouée mais non coupée, car par la section s'échapperait l'air contenu dans le corps.

Par surcroît de précaution, le médecin place la main sur la bouche et le nez du pendu, pour empêcher l'air de sortir.

On souffle alors dans l'oreille du patient avec un tube de bambou, et l'air doit sortir par la bouche ! sans cela le pronostic est fatal.

On utilise aussi la poudre sternutatoire, et si l'éternuement se produit, tout le monde reprend espoir.

On fait alors trois incisions sous la plante du pied droit chez l'homme, et gauche chez la femme, pour faire descendre le sang.

Enfin, pour achever la cure, on arrose la langue tuméfiée du pendu avec le sang de la crête d'un coq ou d'une poule, suivant le sexe.

On ne peut soigner les pendus la nuit, à cause du froid.

Il existe encore un bien curieux médicament; la racine *Jum juong Hoac*. Cette racine a divers usages, sa préparation demande trois jours d'ébullition en été, et cinq jours en hiver. Le médicament une fois préparé, oblige à de méticuleuses précautions. Si, par malheur, le couvercle du vase qui le contient est ouvert en *présence* d'un chien ou d'une poule, les voilà enragés.

Si cette imprudence est commise devant une femme, c'est bien pis encore, car elle devient amoureuse du médecin qui a préparé le médicament, et cet amour dure cent jours.

Avec de semblables propriétés, cette racine est indiquée pour la confection des philtres amoureux.

Les philtres amoureux existent au Tonkin, ailleurs que dans les opéras, et des lois sévères punissent d'un exil d'un an l'indélicat qui use de ces préparations pour se faire aimer.

La chronique prétend que les femmes useraient plus souvent que les hommes de cet artifice qui n'est pas prévu dans le code des coquetteries permises.

Il suffit, pour être payé de retour, de faire boire à l'objet de sa flamme un breuvage où l'on introduit une poudre faite avec la racine précieuse, du fer doux et de l'aimant. Les deux dernières substances sont d'un symbolisme bien curieux.

Mais voici que des pratiques qui rappellent l'envoûtement de la magie occidentale, viennent compliquer le breuvage. Le philtre doit, pour être irrésistible, contenir un fragment d'ongle, ou un peu de cendre des cheveux de celui qui veut être aimé.

L'envoûtement est du reste très largement pratiqué au Tonkin, sous une forme un peu spéciale.

Celui qui désire la mort d'un ennemi enterre dans sa propriété des poils de moustache de tigre, et les pires malheurs tombent comme grêle sur l'ensorcelé.

C'est pour éviter ces criminelles tentatives que l'on brûle soigneusement les moustaches des fauves capturés.

Les philtres sont à l'usage des riches, car ils sont coûteux. Les misérables ont recours à une méthode plus économique pour se faire aimer. Ils font une poudre avec le corps d'un vers L'Tach Nguyen Son, et mélangent cette poudre aux aliments de la personne convoitée.

Le vers doit ses propriétés à ce fait qu'on le trouve toujours par paire, et jamais seul, encore le symbolisme.

Les philtres amoureux ont joui d'une telle célébrité dans notre antiquité qu'il n'est pas sans intérêt de les retrouver au Tonkin, officiels et prévus par les lois.

§ IX

MALADIES SURNATURELLES

Le culte des morts et des esprits est, on peut le dire, toute la religion annamite. Les esprits bons ou mauvais jouent un grand rôle dans la vie publique et privée.

Nous avons vu que la médecine est inséparable de la philosophie générale, de l'esprit même de la race, nous ne serons donc pas étonnés de retrouver les mauvais génies, les Mâ Kouys comme fauteurs d'accidents graves, comme auteurs de méfaits pathologiques (1).

Dans le peuple, tout est volontiers rapporté aux Mâ Kouys, depuis la simple migraine jusqu'aux convulsions, et le sorcier qui les conjure est, comme dans certaines provinces reculées d'Europe, plus consulté que le médecin.

La médecine officielle délimite davantage l'intervention de ce facteur surnaturel. Nous étudierons l'exorcisme au Tonkin dans un autre travail, n'envisageons la question qu'au point de vue purement médical.

Trois accidents sont plus particulièrement attribués aux Mâ Kouys. L'avortement, les rêves libidineux et une maladie spéciale que nous étudierons tout à l'heure.

Une femme rêve-t-elle à des rapports charnels avec un autre que son légitime époux? L'amant mystérieux qui la visite est un Mâ Kouy.

Un homme fait-il des infidélités à sa femme ou à ses femmes, c'est encore le Mâ Kouy qu'il faut incriminer...

---

(1) Les Mâ Kouy sont les esprits méchants, les âmes des criminels, des suppliciés, des gens morts sans sépulture, nos mauvais génies des contes, nos diables du moyen âge, nos revenants.

Ce sont bien là les démons incubes et succubes de notre moyen âge.

L'avortement répété, sans causes traumatiques, n'a pas d'autre origine que l'influence néfaste des mauvais esprits.

Cette conviction est si bien enracinée, que de nombreuses histoires courent sur ce sujet. En voici une entendue pendant mon séjour à Dap Lau (Delta).

Près des logements militaires habitait un riche annamite qui avait ainsi, paraît-il, échappé au sort funeste que lui réservait un Mâ Kouy.

Sa mère avait eu plusieurs avortements attribués à cette cause surnaturelle, et se trouvait enceinte de lui. Un soir, un voleur tente de forcer la porte de la maison, quand il recule épouvanté par l'apparition d'un Mâ Koui sur le seuil. D'instinct, il frappa cette forme de son coupe-coupe et s'enfuit. Il venait de délivrer la maison du mauvais génie, et un bout de vêtement blanc fût trouvé le matin sur la porte, témoin de cette victoire. La mère *désensorcelée* accouchait bientôt d'un fils, qui est notre annamite de Dap Lau. Le voleur avoua sa tentative, et reçut une large récompense pour l'heureuse issue de ses desseins criminels.

Les convulsions des enfants sont causées par la vue terrifiante de ces revenants.

Il existe enfin une autre manifestation pathologique de ces mauvais génies.

Parfois un voyageur attardé la nuit rencontre des Mâ Kouys sur sa route, il rentre à moitié fou de terreur, et sur son corps, on trouve des traces de violence. Ses bras, ses jambes, sa poitrine sont couverts de raies livides, de tâches purpurines en relief, dans lesquelles les sorciers retrouvent la signature des auteurs de ces coups, les noms des Mâ Kouys coupables de ces méfaits.

J'ai eu l'occasion de voir l'un de ces cas, et jai été fort

étonné de me trouver en présence d'un bel exemple d'autographisme nerveux.

Les herbes, les branches des arbres, les plis des vêtements avaient formé des reliefs sur la peau d'un indigène entaché d'hystérie, affolé par les hallucinations d'une marche de nuit.

Hallopeau a décrit des cas semblables : « L'urticaire autographique est remarquable, dit-il, par sa circonscription aux parties des téguments qui ont été le siège d'une irritation mécanique, peu importe que cette irritation ait été produite accidentellement, ou par la main de l'expérimentateur, etc. »

Le moyen âge est rempli de ces stigmatisés, que cette signature diabolique conduisait au bûcher.

L'annamite, plus tolérant, a des médicaments pour ces affections surnaturelles.

L'os de la tête du tigre, réduit en poussière, est pris en tisane, comme si la terreur inspirée par cet animal redouté, poursuivait les morts par delà la tombe.

Les enfants portent souvent au cou une griffe ou un os de tigre comme amulette contre les entreprises des Mâ Kouys. C'est pour leur défendre l'entrée des habitations, que l'on y colle de grossières images du même animal.

L'oxyde rouge de mercure, le cinabre, l'argile ferrugineux servent à la confection de bols dont on place sept sur le bras de l'individu tourmenté par ces revenants.

Les fruits d'un accacia « bô Ket » sont brûlés dans le même but.

La fumée de ce produit éloigne les Mâ Kouys. Ce fruit précieux est brûlé lors des funérailles autour du cercueil des morts, pour écarter les esprits malfaisants de l'âme du défunt.

Les substances énumérées produisent, paraît-il, des effets

terribles sur ces mauvais génies qui s'éloignent aussi vite que Méphistophelés devant la croix des soldats de Faust.

Les Mâ Kouys sont nombreux, redoutables souvent, et les moyens thérapeutiques sont parfois insuffisants. Le possédé doit alors recourir à l'exorciste, l'y suivre nous écarterait trop de notre cadre.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. ALBERT ROBIN

Traitement du Zona.

(*Recueillie par M. Goudart*).

Il importe, au point de vue thérapeutique, de distinguer les deux éléments qui constituent le zona: l'éruption et la douleur. De ces deux éléments , c'est la douleur qui survient en premier lieu ; non seulement elle précède et accompagne l'éruption, mais encore elle persiste et, dans certains cas, fort longtemps après la disparition des vésicules du zona.

Au point de vue du traitement, il faudra donc, d'une part soigner l'éruption, d'autre part calmer les douleurs : cette dernière indication comprenant le traitement de la névralgie dont souffre le malade avant et pendant l'éruption et le traitement de la douleur qui subsiste lorsque l'éruption a disparu.

On commencera toujours le traitement par l'administration d'un purgatif salin, le sulfate de soude de préférence.

I. Traitement de l'éruption. — On a préconisé, suivant les auteurs, tantôt l'application de compresses humides, tantôt l'application de compresses sèches, on a vanté les pâtes et les topiques les plus divers ; en réalité une indication doit dominer toutes les autres dans le traitement local de l'éruption : il faut, avant tout, maintenir absolument sèche la région malade. On devra s'abstenir rigoureusement de tout topique. On appliquera sur la région douloureuse une feuille de ouate recouverte de la poudre suivante, qui calmera la douleur :

Poudre d'amidon.....................	60	grammes.
Oxyde de zinc.................	15 à 20	—
Poudre de camphre...........	1 à 3	—
Poudre d'opium brut finement pulvérisé..............................	1	—

Chez les vieillards, il faudra surveiller avec soin l'éruption, afin de prévenir si possible l'ulcération du zona qui rendrait plus grave le pronostic de l'affection.

II. Traitement de la névralgie qui précède et accompagne l'éruption. — Pour combattre la névralgie qui précède et qui accompagne l'éruption, on se trouvera bien, en général, de faire prendre au malade des pilules contenant :

Extrait de Datura Stramonium..........	āā 0gr,01
Extrait de jusquiame....................	āā 0gr,01
Extrait de belladone.....................	0gr,005

pour une pilule.

Prendre quatre pilules par jour.

Si ces pilules n'amènent pas d'amélioration notable et ne diminuent pas sensiblement la douleur, on administrera de l'antipyrine à l'intérieur.

III. Traitement de la névralgie consécutive à l'éruption. — Pour traiter la névralgie consécutive à l'éruption, on s'adressera à l'antipyrine que l'on administrera en injections sous-cutanées.

On pourra aussi essayer des injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

ODONTOLOGIE

I. Note sur l'emploi du carbonate de strontium,

Par M. E. Métral
Professeur à l'École dentaire de Genève.

Tout d'abord, sans énoncer les propriétés générales du strontium et de ses composés, nous insisterons néanmoins sur leur non-toxicité aujourd'hui nettement établie par les expériences du Dr Laborde. Ce qu'il importe de rappeler surtout au point de vue chimique, c'est que les sels de strontium se trouvent à l'état naturel sous forme de carbonate et de sulfate le plus souvent unis à la baryte ; il est nécessaire avant tout de les débarrasser soigneusement et aussi complètement que possible de cette dernière qui, elle, est éminemment toxique et peut apporter à la strontiane une nocivité qu'elle n'a pas par elle-même. L'on ne saurait donc jamais trop s'assurer de la pureté chimique des composés de strontium appliqués à la thérapeutique.

Le carbonate de strontium se rencontre à l'état naturel et est alors connu sous le nom de strontianite ; des gisements de ce minerai existent à Strontian en Écosse, à Falzbourg en Autriche. On le trouve dans un grand nombre d'eaux

minérales, les eaux de Vichy en contiendraient de 3 à 5 milligrammes par litre (Bouquet), les eaux de Carlsbad et même les eaux de la mer en contiendraient également (Wurtz).

Le carbonate de strontiane naturel a une réaction faiblement alcaline ; sa densité est de 3,60 à 3,71 ; il est isomorphe avec l'aragonite et cristallise sous forme de prismes orthorombiques.

Le carbonate de strontiane pur se prépare soit en précid pitant une solution d'azotate et de strontiane par un mélange de carbonate d'ammoniaque et d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate de strontiane par des solutions de carbonates alcalins.

Ce composé se présente sous la forme d'une poudre d'un blanc éclatant, très douce au toucher, à réaction très légèrement alcaline insipide et inodore. Sa densité égale 3,55. Il est soluble dans 12,500 parties d'eau froide ; il est plus soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique. Inaltérable à l'air, il résiste à la chaleur rouge ; à une température plus élevée, il fond et perd peu à peu son acide carbonique (1).

Ce sel était jusqu'ici sans emploi médical ; l'étude de ses propriétés m'a conduit à l'expérimenter comme dentifrice et les raisons suivantes me le font préférer aux corps qu'on emploie pour cet usage :

1° Son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie, dont l'action est trop faible, et celui de la pierre ponce, qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité. C'est ce qu'ont démontré de nombreux essais sur des dents extraites soumises à l'action de la brosse imprégnée de ces différentes substances ;

(1) *Les sels de strontium*, par le Dr MALBEC. — Paris 1892.

2° Sa réaction légèrement alcaline est un avantage, les acides étant la cause initiale de la carie ;

3° Son emploi est agréable par ce fait qu'étant onctueux il s'attache à la brosse et aux dents et ainsi ne présente pas l'inconvénient de certaines poudres qui, se répandant dans la cavité buccale, pénètrent dans le pharynx et y déterminent une sensation de chatouillement, la toux et parfois même des nausées ;

4° Son prix de revient presque nul ne s'oppose pas à la généralisation de son emploi.

5° Les sels de strontium paraissent exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excreta organiques. (Il résulte des expériences du docteur Laborde que leur élimination par les matières fécales et leur présence dans l'intestin sont incompatibles avec le développement et l'existence du tœnia.)

Préparations : Le carbonate de strontium peut parfaitement être employé seul, mais je préfère l'associer à un corps antifermentescible tel que la fleur de soufre ; il constitue ainsi un dentifrice parfait à tous égards.

Voici les formules que j'ai adoptées :

1° *Rp.*	Carbonate de strontium....	} ââ 15 grammes.
	Fleur de soufre............	}
	Essence de roses............	VI gouttes.

M. D. P. poudre dentifrice.

Cette poudre est insipide et d'un emploi agréable.

2° *Rp.*	Carbonate de strontium.....	6 grammes.
	Fleur de soufre.............	3 —
	Savon médicinal............	13gr,50
	Essence de roses............	VI gouttes.

Mucilage de gomme arabique et glycérine ââ q.s. p. f. une pâte dentifrice.

II. Note sur l'emploi du chlorhydrate de safranine (phénosafranine).

Par M. E. Métral,
Professeur à l'École dentaire de Genève.

Le produit que j'ai employé est la safranine B extra de Société badoise à Ludwigshafer-sur-Rhin. C'est une atière colorante qui appartient au groupe des azines subs- ;uées à l'azote azinique ; elle se rattache par ses propriétés ıtiseptiques aux pyoktanines du D[r] Stilling de Strasbourg ıune et bleue : la jaune est de l'auramine colorant du phénylméthane; la bleue, qui est du bleu de méthylène, est-à-dire une thiazine, est un antiseptique chirurgical). La constitution de la safranine a été établie récemment ır le D[r] G. Jaubert; elle répond à la formule développée ıivante :

N

H^2N — NH^2Cl

N

En solution dans l'eau et dans l'alcool, elle donne une ılle coloration rouge vif fluorescente. Les solutions [ueuses de chlorhydrate de safranine en présence du pus ténuent sa virulence et sont colorées. Dans cette réac- ɔn, la safranine est transformée en leucobase qu'on peut ›oxyder par l'adjonction d'une solution alcoolique de chlo- ıınile (tetracklorquinone). Ces expériences sont poursuivies

actuellement par Mme Mengarini, docteur-médecin à Rom
Ce produit n'a jamais été employé en médecine.

Je m'en suis servi pour colorer les élixirs, les poudres les pâtes dentifrices, estimant qu'il vaut mieux avo recours à une substance douée de propriétés antiseptiqu qu'à des colorants sans action comme ceux employés da ce but.

La quantité de safranine doit être très petite à cause son énorme puissance de coloration. Voici la formu d'élixir dentifrice que j'ai adoptée ; elle réunit les qualit requises d'une telle préparation, antiseptique, astringent aromatique et d'une couleur engageante :

Rp.	Salol	2 grammes.
	Esprit de lavande	15 —
	— mélisse	15 —
	— cologne	90 —
	Tanin	2 —
	Chlorhydrate de safranine	0,03
	Saccharine	0,25
	Essence de menthe poiv.	XII gouttes.

M. D. P. Elixir dentifrice.

Pour colorer les poudres et les pâtes dentifrices, je n sers d'une solution alcoolique de safranine à 1/120 Quelques gouttes suffisent pour donner au carbonate strontium une délicate couleur rose claire incomparabl ment plus belle que celle obtenue par tout autre produ La poudre strontium et soufre prend une coloration sa mon du plus bel effet.

Ces préparations ne tachent ni le linge ni les bross comme le font la cochenille, le carmin, etc.

Le pharmacien y trouvera son avantage, car la colorati uniforme s'obtient avec facilité, sans qu'il soit nécessai

de triturer longuement, comme c'est le cas avec les autres corps.

La safranine pourrait servir en parfumerie pour colorer en rose la poudre de riz.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Rétrécissement cancéreux du pylore. Gastro-entérostomie. Amélioration (*Ac. de Méd.*, séance du 6 août 1895). — M. Débove lit une observation d'un malade chez lequel il diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel du pylore. Il s'agissait en réalité d'un cancer ayant probablement succédé à un ulcère.

Une gastro-entérostomie fut pratiquée sans encombre; l'exploration gastrique faite après l'opération montra que la stase des aliments n'avait pas cessé; le suc pancréatique refluait dans l'estomac.

Ce reflux est d'ailleurs sans inconvénient pour le malade. Il a en effet augmenté de 34 livres en moins de trois mois, malgré le trouble des fonctions mécaniques de l'estomac (les aliments ne passent plus par le pylore) et de ses fonctions chimiques (l'absence d'acide chlorhydrique supprimant la peptonisation par le suc gastrique).

Résection intra-cranienne du trijumeau (par Beck, *Merc. méd.*, juil. 1895). — L'auteur a traité 3 cas de névralgie du trijumeau par la résection intra-cranienne du nerf après échec de plusieurs procédés. Ces 3 cas ont donné des succès durables. D'après le procédé de Krause, lambeau ostéo-cutané de 6 centimètres sur 5 dans la région temporale, la base corres-

pond à l'os zygomatique. Ce lambeau est rabattu, la dure-mère décollée de la fosse moyenne, de façon à dénuder le trou épineux et la méningée moyenne, le trou ovale, le trou rond et la fente orbitaire supérieure, avec les trois branches du trijumeau. Isolement de ces branches jusqu'au ganglion de Gasser. On les coupe entre ce dernier et les canaux osseux. L'extirpartion du ganglion peut être effectuée en même temps. Difficultés : dans la dénudation de la première branche, éviter le sinus caverneux et les nerfs oculo-moteurs. Complications : surtout les hémorrhagies des branches de la méningée moyenne par déchirure. On peut y parer, soit par la torsion du bout central, soit par la cautérisation au fer rouge très efficace, soit enfin par le tamponnement, qui oblige à différer l'opération de quelques jours.

Traitement des varices de jambe par la ligature de la saphène interne, d'après la méthode de Trendelenburg (Faisst, *Bruns' Beitraege zur Chirurgie*, B. XIV, H. 1, 1895). — Dès l'antiquité la plus reculée, on a essayé à remédier aux varices de jambe par la régularisation opératoire du cours du sang veineux, et plus tard aussi de nombreux procédés ont été proposés dans ce but, à savoir : acupuncture des veines par des aiguilles, l'extirpation des varices, ligature sous-cutanée ou à ciel ouvert, section, ligatures multiples au catgut enlacées autour d'un tube élastique, compression, cautérisation, pelotes à ressorts, électropuncture, substances coagulantes (perchlorure de fer, alcool, chloral hydraté, iodotanin, acide phénique) injectées dans les tissus périvasculaires ou dans la veine elle-même, etc., etc. L'extirpation des varices, pratiquée déjà par Celsus, a eu dans ces derniers temps un nouveau regain d'actualité.

Mais c'est Trendelenburg qui a fait faire le plus grand progrès au traitement des varices en étudiant attentivement la pression sanguine dans les veines et en reconnaissant l'important rôle joué par la dilatation et l'insuffisance des valvules de la saphène interne dans la pathogénie et la pathologie des

ulcères de jambe variqueux. Il démontra que, grâce à la ligature soignée de la veine saphène interne, les varices et les autres accidents consécutifs ne tardent pas à disparaître. Mais on devait se demander si l'amélioration ainsi obtenue persistait aussi.

C'est dans ce but que l'auteur soumit à un examen attentif 12 cas de varices de jambe (sur 25 cas opérés par la ligature de la saphène interne d'après le procédé de Trendelenburg), dont 2 opérés près de 2 ans avant, 7 cas depuis 1 à 2 ans et 3 cas depuis plus de 6 mois. Dans tous ces cas, l'infirmité dont avaient souffert ces malades n'a pas reparu. C'est ainsi que, même chez le malade opéré depuis 2 ans 1/2, il n'y eut pas de récidive depuis. Mais il faut tout de même remarquer que les varices n'ont disparu tout à fait que chez 2 malades. Dans 4 cas, malgré l'absence complète de toute souffrance et de malaise, on pouvait sentir, le long de l'incision, l'existence d'une veine dilatée avec insuffisance valvulaire; cette veine ressemblait à s'y méprendre à la saphène interne. Avait-on ici affaire à la vicariation d'une branche parallèle du tronc principal; pour celui-ci ou avait lié pendant l'opération une branche parallèle au lieu et place du tronc principal de la saphène? Quoi qu'il en soit, on peut facilement prévenir ces récidives en pratiquant la ligature de la saphène au-dessus de l'entrée de la branche parallèle, juste avant l'embouchure de la saphène dans la veine fémorale, sous le trou oval, et non à la limite de son tiers supérieur avec son tiers moyen, comme l'a conseillé Trendelenburg.

Les autres communications sur les résultats de l'opération de Trendelenburg, dont une appartient à Perthas (V. *Bul. gén. de ther.*, 1895, et provient de la clinique de Trendelenburg, sont conformes à ce que vient de rapporter l'auteur. Sur les 176 cas relatés dans la littérature médicale, on a fait des recherches dans 100 cas pour apprendre les résultats des suites de l'opération : or, sur ces 100 cas, les douleurs et les ulcères n'ont pas récidivé dans 85 cas, au moins

pendant six mois après l'opération, qui est si facile et exempte de tout danger. Un malade est resté même 9 ans sans récidive aucune (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 27, p. 583 et 584).

Médecine générale.

Cas de torticolis spasmodique chronique guéri par le curare en injections sous-cutanées (H. Weiss, communication à la Société médicale de Vienne; *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 21, p. 425-427). — Les médications les plus efficaces contre le torticolis spasmodique sont la galvanisation, le massage et l'eau phéniquée (à 2 0/0) en injections sous-cutanées aux points douloureux. Mais parfois on échoue avec toutes ces médications, ce qui est presque la règle dans les cas invétérés: on aura alors recours à l'élongation sanglante du nerf. Si ce traitement ne donne pas de résultats favorables immédiats, il ne faut pas néanmoins oublier qu'après avoir pratiqué l'élongation nerveuse, on réussit parfois avec des remèdes qui s'étaient montrés inactifs avant l'opération.

Mais même alors que l'opération a donne un résultat immédiat favorable, la rechute ne tarde pas à survenir. C'est ce qui est arrivé chez le malade de l'auteur. En désespoir de cause, l'auteur eut recours à l'injection sous-cutanée d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution bien filtrée de 0gr,15 de curare dans 10 grammes d'eau. Les injections furent répétées un jour sur deux. La guérison fut rapide et presque complète ; il n'est resté qu'une légère rigidité des muscles de la nuque qui n'empêche nullement le malade d'exécuter tous les mouvements de la tête.

Pour les injections sous-cutanées de curare, il faut prendre les précautions suivantes :

1º On fera préalablement des expériences sur des animaux pour se renseigner sur la toxicité de la préparation. La solution sera faite dans 10 à 15 fois son volume d'eau toutes les

ois que l'on a à sa disposition un curare dont 0gr,0001 tue ıne grenouille et 0gr,001 un lapin.

2° La solution sera bien filtrée jusqu'à ce qu'elle présente a coloration jaune paille.

3° N'a-t-on pas sous main des animaux pour faire des expé·iences, on commencera alors par injecter une solution très diluée dont on augmentera petit à petit la concentration jus-ju'à ce que le malade éprouve un léger frisson pendant 'injection : une fois arrivé là, on n'élèvera la dose que très peu, et ce seulement goutte à goutte. On débutera toujours par une demi-seringue de Pravaz et on ira lentement jusqu'à une seringue tout entière : toutefois, dans certains cas, on peut injecter dès le début une seringue tout entière.

Il est à remarquer que, contrairement à l'assertion de Hœgyes, d'après lequel le curare n'exercerait aucune influence sur la température de l'animal, les injections de curare furent toujours suivies, dans le cas de l'auteur, de légère élévation transitoire de la température. Pas de phénomènes secondaires fâcheux d'aucune sorte.

Sur l'action spécifique de l'ichthyol sur la marche de l'érysipèle. (Vychpolsky, *Voïénno-méditsinsky Journal*, mai 1895.) — L'auteur a essayé l'ichthyol dans 12 cas d'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Les résultats obtenus par lui dans ces cas — tous ont guéri — lui font considérer l'ichthyol comme un spécifique contre l'érysipèle.

Il s'est servi de l'onguent ichthyolé dont il badigeonna les parties lésées de la peau deux fois par jour, en ayant soin de porter l'onguent en couche épaisse. L'onguent était ordinairement constitué de 1 partie d'ichthyol pour 8 parties d'une graisse quelconque (vaseline, axonge, etc.). Dans les cas où l'action thérapeutique de l'ichthyol ne se manifestait pas de si tôt, par exemple, si la température ne s'abaissait pas rapidement, il avait alors recours à un onguent plus riche en ichthyol (2-3 : 8 axonge). Le camphre, qu'il ajoutait parfois à

l'onguent, sembla rendre plus énergique l'action curative de l'ichthyol et lui enlever son odeur désagréable.

Dans le but de rendre plus manifeste l'action de l'ichthyol sur l'érysipèle, l'auteur soumit les 12 cas qu'il avait en observation, à trois modes de traitement :

1° Il badigeonna les parties lésées avec de la vaseline pure en mettant des bandes d'emplâtre adhésive à la limite de la peau malade d'avec la peau saine;

2° Badigeonnage à l'ichthyol mélangé à l'axonge (onguent ichthyolé) ; et

3° En administrant à l'intérieur des antipyrétiques (quinine, antipyrine, phénacétine).

Ad 1°. La vaseline pure n'abaissa pas la température (à part les défervescences matinales peu accusées), n'améliora pas l'état général des malades; seule, la tension de la peau devint moins prononcée. L'ichthyol était-il ajouté à la vaseline après trois à cinq jours de traitement avec celle-ci (pendant tout ce temps la température était ordinairement très élevée), la fièvre tomba dès le premier jour après l'institution du traitement ichthyolé; en même temps, survint l'amélioration de l'état général, ce qui démontra que le processus érysipélateux avait cessé de progresser.

Ad 2°. Grâce à ce procédé de traitement, l'érisypèle s'arrêta rapidement, et la guérison survint ordinairement vers le troisième jour et pas plus tard que vers le sixième jour.

Ad 3°. Les antipyrétiques seuls n'arrêtèrent pas la marche de l'érysipèle qui continua à progresser et à envahir de nouvelles régions; mais, dès que, au traitement par les antipyrétiques, fut associée l'application locale de l'onguent ichthyolé, que voici la température de tomber en quelques heures jusqu'à la normale, les sensations désagréables dans les parties envahies par l'érysipèle de s'évanouir et l'état général de s'améliorer d'une manière remarquable, en un mot, le processus èrysipélateux était complètement enrayé.

S'appuyant sur ce que l'ichthyol (en onguent) amena le plus

rapidement la guérison de l'érysipèle et que les malades, observés pendant un temps prolongé, n'ont pas eu de récidive, l'auteur se croit autorisé à considérer l'ichthyol comme un remède spécifique contre l'érysipèle. (*Vratch*, 1895, n° 25, p. 714).

Gynécologie et Obstétrique.

Valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique (Legry, *Pr. méd., juillet 1895*). — M. T. Legry, s'appuyant sur ses études expérimentales relatives à la valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique, conclut que la solution antiseptique qui, après le sublimé, exerce l'action bactéricide la plus efficace est la solution iodée à 3 p. 1,000. Toutefois son action est très notablement inférieure à celle du sublimé puisqu'il lui faut cinq fois plus de temps pour produire les mêmes effets. Le sublimé reste donc, en dehors de certaines contre-indications fort limitées, l'antiseptique de choix à employer en obstétrique. Il en sera ainsi jusqu'au jour où l'on aura découvert un antiseptique qui, non toxique ou moins toxique que le sublimé, soit d'une efficacité aussi sûre et aussi rapide.

De l'influence de l'extirpation des ovaires sur l'échange des matières (*G. E. Curatalo* et *L. Tarulli*, communication préalable; *Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 451-454). — S'il est incontestable (ainsi que l'a montré tout récemment dans son travail Truzzi) que la castration exerce une influence éminemment favorable sur la marche de l'ostéomalacie, nous sommes encore tout à fait ignorants quant au mode d'action de l'extirpation des ovaires. Les hypothèses n'ont pas manqué, loin de là. Dès le commencement il faut rejeter l'opinion de Pétrone et d'autres médecins d'après laquelle ce n'est pas à la castration, mais bel et bien à la narcose chloroformique toute seule qui détruirait le ferment nitreux,

agent pathogène de cette affection, que nous sommes redevables des effets curatifs excellents obtenus dans le traitement de l'ostéomalacie : l'injustesse de cette supposition a été démontrée péremptoirement par Truzzi. Reste l'hypothèse de Fehling lui-même. Cet auteur, on le sait, affirme que, par la castration, nous enlevons le point de départ d'une irritation agissant sur les vasodilatateurs des os par l'hyperhémie passive, l'accumulation de l'acide carbonique et la résorption consécutive des sels calcaires des os. Certes, cette hypothèse est très séduisante. Mais elle n'est étayée sur aucune expérience qui en prouverait l'exactitude.

C'est pour élucider ce problème pathogénique que les auteurs ont entrepris des recherches expérimentales sur des chiennes. Après avoir établi, par un régime approprié longtemps continué, leur équilibre azotique, ils pratiquèrent chez deux la castration et étudièrent ensuite pendant des mois l'échange des matières des animaux opérés. Le résultat le plus éclatant de ces expériences, c'est la diminution presque de moitié (de $1^{gr},5$ à $0^{gr},79$ chez une chienne et de $1^{gr},70$ à $0^{gr},99$ chez l'autre) des phosphates (calculés en acide phosphorique) éliminés par l'urine. L'azote resta presque tel quel sans changement dans le taux de son élimination. En même temps, augmentation considérable de l'embonpoint de l'animal (de $10^{kgr},500$ qu'il était avant la castration le poids du corps de la deuxième chienne est monté à $14^{kgr},200$). L'opération de Porro pratiquée chez une troisième chienne en même temps que la castration, ne modifia en rien les résultats obtenus : aussi est-il assez improbable d'attribuer à l'utérus une influence quelconque sur l'élimination des phosphates. Cette expérience est en contradiction avec l'assertion de Truzzi et d'autres médecins, à savoir, que l'opération de Porro rend plus sûre la guérison des ostéomalaciques et prévient plus certainement les récidives.

Cette accumulation de graisse survenant si peu de temps déjà après la castration est-elle due à une consommation de

la graisse amoindrie, ce qui se manifesterait par la diminution de l'acide carbonique exhalé, ou à ce que les albuminoïdes se dédoublent en plus grande quantité en un produit azoté dont le terme final est l'urée et en un produit non azoté qui, sous forme de graisse se dépose dans l'organisme? Les auteurs ont essayé de résoudre cette question par l'expérimentation, mais les résultats obtenus sont encore insuffisants pour y répondre catégoriquement.

Quoi qu'il en soit, il reste encore un fait intéressant à noter dans le mémoire que nous analysons : après un laps de temps plus ou moins prolongé, l'organisme est pour ainsi dire saturé des phosphates y déposés, et le taux des phosphates dans l'urine commence à s'élever jusqu'à atteindre sa hauteur initiale. Remarquons encore que les animaux recevaient absolument la même alimentation avant et après la castration : la diminution initiale du taux de l'acide phosphorique éliminé par l'urine ne pouvait donc s'expliquer par l'introduction amoindrie des phosphates organiques avec les aliments, mais bel et bien par la destruction moindre des sels phosphatiques de l'organisme.

Tout ce qui précède amène les auteurs à formuler comme suit les conclusions auxquelles ils sont arrivés, quant au mode d'action de la castration dans l'ostéomalacie.

Les ovaires ont, eux aussi, comme toutes les autres glandes de l'organisme animal, une sécrétion interne, c'est-à-dire, ils charrient sans cesse dans le sang un produit de sécrétion dont la constitution chimique n'est pas encore connue, et qui active l'oxydation des substances organiques phosphorées au dépens desquelles sont formés les sels des os. Il s'ensuit donc que l'extirpation des ovaires a pour résultat une augmentation dans la quantité du phosphore organique réservé dans l'organisme, d'où accumulation d'une plus grande quantité de sels calcaires sous forme de phosphate de chaux et de magnésie et le rétablissement de la solidité normale des os.

Sans préjuger en rien cette question sur l'augmentation du

panicule adipeux chez les sujets castrés, question qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, exige encore des expériences sérieuses, n'est-il pas permis d'émettre la supposition que les ovaires agissent aussi d'une manière analogue sur l'oxydation des graisses ?

En tout cas, il faut absolument rejeter l'hypothèse de Fehling qui attribue la production de l'ostéomalacie à la suractivité fonctionnelle des ovaires : mais le fait reste incontestable que l'ablation des ovaires exerce un effet thérapeutique excellent sur cette affection. Les recherches exposées plus haut nous aident à comprendre cette action salutaire de la castration.

Pharmacologie.

Influence de l'alun, de l'hydroxyde d'aluminium et du phosphate d'aluminium sur la digestibilité du pain (Bigelow et Hamilton, *Hygieniche Rundschau,* 1895). — Le pain contenant de l'alun ou de l'hydroxyde d'aluminium, est d'une digestion moins complète que le pain pur. L'influence de l'hydroxyde d'aluminium est égale à celle d'une quantité équivalente d'alun. Toute autre est l'action du phosphate d'aluminium: les 10 à 12 0/0 d'albuminoïdes digérées en présence de l'alun ou de l'hydroxyde d'aluminium, semblaient devenues insolubles en présence d'une quantité équivalente de phosphate. (*Pharmaceutische Centralhalle,* 1895, n° 19, p. 276.)

Valérianate d'amyle contre la lithiase biliaire et néphrétique (Blanc, *Journal des Pharmacie für Elsass-Lotharingen.* 1895, p. 155). — Le valérianate d'amyle étant un dissolvant de la cholestérine, ce médicament est indiqué pour le traitement de l'obstruction du cholédoque par les calculs de cholestérine. En général, le valérianate d'amyle calme les douleurs, stimule l'action du foie et prévient les récidives. A-t-on affaire à des sujets avec estomac irritable, on commencera par administrer préalablement quelques gouttes d'éther sulfurique et l'on don-

nera ensuite deux à trois pilules gélatinées contenant chacune 0gr,15 de valérianate d'amyle : on répétera la dose toutes les demi-heures jusqu'à cessation de l'accès de coliques hépatiques. Les jours suivants le médicament sera pris à des intervalles plus espacés.

Dans la colique néphrétique le valérianate d'amyle agit seulement comme stimulant et soulage les douleurs spasmodiques sans influencer d'aucune façon la gravelle elle-même. On préparera des capsules contenant chacune III gouttes d'éther et III gouttes de valérianate d'amyle : on prescrira deux capsules semblables, à prendre toutes les demi-heures, à trois reprises, en tout six capsules par jour. (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, 15 juin 1895, nº 1303, p. 1167.)

Nouvelle contribution à l'action hypnotique et sédative du trional (Spitzer, *Wiener klinische Wochenschrift*, 6 juin 1895). — L'auteur a essayé le trional chez 25 sujets. C'est non seulement un excellent hypnotique dans toutes les psychoses, mais aussi un bon narcotique dans toutes les affections cardiaques et pulmonaires. Le sommeil survenait ordinairement peu de temps après l'administration du médicament et, dans la majorité des cas, persistait pendant toute la nuit. Quelques malades étaient encore somnolents le lendemain.

L'action hypnotique et calmante du trional s'est surtout manifestée d'une manière éclatante en cas de névralgies intercostales, de rachialgie, de sciatique, contre les douleurs lancinantes du tabès, etc. De par son action le trional se rapproche beaucoup de la morphine et peut la remplacer avantageusement. Le trional sera administré dans de l'eau, du thé, du bouillon, etc., à la dose de 2 grammes.

On n'a pas observé de phénomènes secondaires fâcheux sur l'énergie cardiaque, ni sur la respiration. Pas de changement dans l'état du pouls. Un cas d'asystolie survenue vingt-quatre heures après l'administration du trional, peut à peine être attribuable à son influence. Les seuls effets secondaires dé-

sagréables, ce sont les envies de vomir et quelquefois les vomissements. Mais on sait que ces accidents sont très fréquents après l'administration de n'importe quel médicament. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, nº 26, p. 568.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Pilocarpine dans les affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe (M. Girmounky, *Monatsschrift für Ohrheilkunde*, 2, 1895). — L'auteur a essayé dans un grand nombre de cas les injections sous-cutanées et intratubaires de pilocarpine recommandées par Politzer dans le traitement des affections récentes du labyrinthe et des processus sclérosants de l'oreille moyenne. Il résulte de ces recherches que, dans les affections non invétérées du labyrinthe qu'elle qu'en soit la cause (syphylis, traumatisme, affections secondaires), les injections de pilocarpine, sous-cutanées aussi bien qu'intratubaires, donnent d'excellents résultats; plus précoce a été l'institution du traitement, et plus sûrement peut-on s'attendre à un succès. Au contraire, dans les affections invétérées du labyrinthe et le catarrhe sec de l'oreille moyenne où existent déjà des altérations persistantes, on échouera presque à coup sûr avec la pilocarpine injectée sous la peau ou directement dans la cavité du tympan. (*Centralbatt für die gesammte Therapie*, juillet 1895, p. 430.)

Bronchite muco-membraneuse chronique primitive. Son traitement par l'iodure de potassium. — *Société médicale des Hôpitaux, 26 juillet 1895.* — M. Huchard présente une observation intéressante :

1º Par sa longue durée, trente-huit ans, avec des accalmies plus ou moins grandes ;

2º Par sa constitution histo-chimique composée surtout de mucine ;

3° Par sa longue rémission;

4° En raison de la grande amélioration produite par l'emploi ontinu de l'iodure de potassium à la dose de trois grammes ar jour.

L'examen bactériologique qui a démontré l'existence d'un taphylocoque blanc et d'un bacille particulier devra être oursuivi. M. Huchard rappelle que, dans sa thèse récente, I. Magnaux a publié une observation de laquelle il semble ésulter que l'agent pathogène est le diplo-bacille de Friedınder.

Il n'y a rien là de bien caractéristique.

Maladies de la peau et syphilis.

Formaldéhyde dans l'uréthrite blennorrhagique. (Orloff, *'oïénno-méditsinsky Journal*, mai 1895.) -- S'appuyant sur ıs observations de Blum, Berlioz, Trillat, Aronson et autres, après lesquelles les tissus de l'organisme animal sont aptes absorber les vapeurs de formaldéhyde qui entravent, dans intimité des tissus, le développement des microorganismes ; parfois l'empêchent complètement, l'auteur s'est décidé à aiter par le formaldéhyde 10 cas d'uréthrite blennorrhagique. Grâce aux injections intra-uréthrales de formaldéhyde, les écrétions, de purulentes qu'elles étaient, sont bientôt deveıes séreuses, et les gonocoques ne tardèrent pas à disparaître es sécrétions. De plus, les injections faites dans la période guë de l'affection, quand les phénomènes inflammatoires aient très accusés, n'ont jamais été suivies d'inflammation es annexes de l'appareil génital, accident si fréquent quand ı se sert pour injections d'autres substances proposées pour traitement de la blennorrhagie. Aussi, prenant en considéıtion, d'une part, la non-participation des annexes et, d'autre ırt, la disparition rapide des gonocoques des sécrétions, ıuteur est tout disposé à admettre que le formaldéhyde dénfecte l'uréthre d'une manière si complète que les gono-

coques ne sont plus à même d'atteindre les annexes, malgré la force mécanique de propulsion exercée sur eux par les injections intra-uréthrales.

On ne se servira jamais d'une solution de formaldéhyde (formaline) supérieure à 5 0/0. Le formaldéhyde étant très volatil, il est préférable de préparer chaque fois, immédiatement avant chaque injection, une solution de formaldéhyde en quantité nécessaire pour l'injection en question.

L'auteur espère que, grâce au formaldéhyde, on arrivera à guérir en peu de temps l'uréthrite blennorrhagique. Le formaldéhyde étant bon marché et ne tachant pas le linge, on voit aisément que, en cas où ces espérances viendraient à s'accomplir, le formaldéhyde sera à préférer à tous les autres antiblennorrhagiques proposés jusqu'à ces derniers temps. (*Vratch*, 1895, n° 25, p. 714.)

Maladies du tube digestif.

Interventions chirurgicales dans les affections iléocœcales (Hochenegg, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, n° 16 à 18 et 20). — La guérison rapide des diverses affections iléocœcales chroniques peut s'obtenir si l'on réussit à faire passer les masses fécales loin des parties lésées. Les opérations entreprises dans ce but peuvent être réunies sous la dénomination d'élimination intestinale. Celle-ci peut être totale ou partielle (entéroanastomose). Non seulement l'élimination intestinale est capable de produire un effet palliatif, mais elle est encore à même de prévenir les récidives si fréquentes dans les affections iléocœcales.

L'auteur a opéré en tout 6 cas, dont un, avec inflammation catarrhale, par l'élimination totale de l'intestin, et les 5 autres (tuberculose, sténose chronique, invagination, 2 cancers inopérables du cécum) par l'élimination partielle.

On peut distinguer 4 procédés opératoires dans l'élimination intestinale totale :

1° Élimination totale de l'intestin avec ouverture persis-

.nte à la surface cutanée dans laquelle est suturé le côlon u le cœcum, tandis que l'autre portion de l'intestin avec sa ımière oblitérée par suture, est reposée dans l'abdomen;

2° Élimination intestinale totale avec deux ouvertures per-istantes à la surface de la peau dans lesquelles sont fixés ar sutures le côlon et le cœcum;

3° Élimination totale de l'intestin avec communication fistu-ɔuse de la portion de l'intestin éliminée, tandis que les deux ımières sont oblitérées par sutures et reposées dans l'abdo-ıen; et enfin

4° Élimination intestinale totale avec oblitération complète e la portion de l'intestin éliminée et sa reposition dans abdomen.

Ce dernier procédé opératoire proposé et pratiqué par Oba-.nski et Baracz est à déconseiller comme dangereux, quelle ue soit la portion de l'intestin sur laquelle on opère; de plus, présente l'inconvénient, que l'intestin affecté devient tout fait inaccessible à toute intervention thérapeutique. Le danger st surtout grand, quand c'est une portion intestinale atteinte e cancer, de tuberculose ou d'un processus purulent qui est rivé de la sorte de toute communication avec l'extérieur : est à craindre que les produits pathologiques ne s'accumu-ɔnt dans la portion intestinale éliminée en quantité telle que ɔs jours des malades en seront menacés.

Quant aux 3 premiers procédés opératoires, ils sont équi-alents de par leurs avantages.

Dans beaucoup de cas, l'élimination intestinale totale ne ɔnstitue que le premier temps de l'opération, et elle sera suivie e l'extirpation consécutive de la portion malade de l'intestin.

L'effet favorable de l'élimination intestinale totale s'explique ar ce qu'elle éloigne les masses fécales de la partie lésée de intestin, et ensuite parce qu'elle rend plus facile l'écoule-ıent des sécrétions pathologiques. L'état général des malades 'améliore aussi grâce à ces facteurs.

L'élimination intestinale partielle consiste en ce que l'anse

intestinale située au-dessus du foyer morbide, est amenée vers l'anse intestinale située au-dessous de ce foyer, et que l'on pratique l'anastomose de ces deux anses. La suture intestinale simple suffit amplement pour cette anastomose.

Excepté les cas de processus de nature maligne, l'élimination intestinale partielle peut être considérée comme une opération radicale : en effet, grâce à elle, l'affection cœcale, ou guérit spontanément ou devient sans danger aucun pour le malade. Ce qui rend surtout avantageuse cette opération, c'est qu'elle permet de se passer de l'anus contre nature avec ses effets consécutifs insupportables et qu'elle laisse intacte la résorption rectale. En outre, cette intervention chirurgicale produit un effet psychique excellent.

S'agit-il de sténose par cancer, on fera bien de pratiquer une anastomose aussitôt que possible et aussi éloignée que l'on peut du foyer morbide. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 431).

REVUE DES LIVRES

Bactériologie.

A LA LIBRAIRIE MALOINE :

Atlas microphotographique des bactéries, par ITZEROTH et NIEMANN, traduit de l'allemand par S. BERNHEIM. Un volume cartonné grand in-8° de 150 pages de texte et 126 illustrations microphotographiques.

Cet ouvrage, fort connu en Allemagne, est certainement un de ceux qu'il était utile de traduire en français où l'on ne possédait encore aucun ouvrage similaire aussi élémentaire. Les planches sont claires, très précises et donnent une grande impression de la réalité, autant du moins que peut le faire une reproduction en noir.

Les planches sont précédées d'un texte de rédaction rapide et concise, mais très claire. Un premier chapitre est consacré à la description du matériel et des procédés de la technique microphotographique. Les auteurs ont ensuite donné une monographie très

ɔmplète de chacune des bactéries pathogènes dont la reproduction ɜt faite dans les belles planches qui accompagnent l'ouvrage.

Cet atlas donne donc exactement tout ce qui peut être nécessaire un étudiant et à un praticien pour se mettre au courant des conaissances bactériologiques usuelles et même pour être capable de ɜproduire les principales manipulations de la technique de recherche. est naturellement désigné pour servir de guide aux savants qui ɔudraient se livrer à la reproduction des bactéries par la photoraphie.

Pathologie externe.

A LA LIBRAIRIE BATTAILLE ET Cie :

Œuvres complètes de Reliquet.

Nous avons déjà annoncé l'apparition des œuvres du regretté Re-quet, publiées par le Dr Guépin, de Nantes. Le quatrième et le cinıième volumes, consacrés surtout à l'*Urétrotomie interne* et à la *thotritie* viennent de paraître. Ils seront suivis rapidement du dernier ›lume, destiné à paraître avant la fin de l'année courante.

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE :

Traité de chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direcɔn de MM. A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de aris, et P. DELBET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Ce nouvel ouvrage, qui sera complet en 10 volumes in-8°, apparɜnt au même type que les ouvrages similaires à la mode aujourhui. Chaque article est rédigé par un spécialiste compétent qui aite ainsi seulement la question qu'il connaît bien.

Le premier volume du *Traité de chirurgie* de la librairie Baillière ent de paraître, il contient la pathologie générale chirurgicale et s maladies de l'appareil tégumentaire. Les articles sont signés de M. Nimier, A. Ricard, J.-L. Faure, A. Le Dentu, C. Lyot, H. Broer et P. Delbet.

Pharmacologie.

A LA LIBRAIRIE MASSON :

Mémento formulaire des médicaments nouveaux, par le profes›ur SOULIER de Lyon. Une plaquette cartonnée de 25 pages.

Ce petit travail est destiné à compléter le traité de thérapeuɪue du même auteur. Le professeur Soulier a rassemblé en quelques

pages les médicaments parus depuis l'apparition de son livre et leur a consacré un résumé de quelques lignes, donnant les principaux renseignements relatifs à la composition, l'action et le dosage. Une table des indications termine l'opuscule.

A la librairie Maloine :

Précis de posologie infantile, par le Dr R. Nogué. Un volume cartonné in-16 de 350 pages.

L'auteur fait précéder le formulaire proprement dit d'une introduction sur la thérapeutique et la posologie infantile et d'un petit chapitre relatif à l'art de formuler. Il étudie ensuite successivement et par ordre alphabétique tous les médicaments, toujours au point de vue spécial de la thérapeutique des enfants.

Les articles consacrés aux préparations opiacées, au calomel, au chloral et aux divers vomitifs sont particulièrement intéressants, car on y trouve bien décrites une quantité d'observations très pratiques qu'il est difficile de trouver ailleurs. Ce petit livre peut donc rendre de réels services aux praticiens.

A la librairie Rueff et Cie :

Revue des médicaments nouveaux, par C. Crinon. 4e édition, un volume cartonné in-16 de 400 pages.

Nous rappelons l'attention sur la nouvelle édition du formulaire de M. Crinon, ouvrage très au courant et très consciencieusement fait. Tous les médicaments nouvellement entrés dans la thérapeutique y sont rapidement décrits dans des articles courts et précis.

A la librairie Jouve :

De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies, par le Dr A. Huot.

Histoire naturelle.

A la librairie Asselin et Houzeau :

Traité de zoologie médicale et agricole, par A. Railliet, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort. Un volume in-8e cartonné, de 1,300 pages avec 900 figures dans le texte, 2e édition.

M. Raillet présente au public la deuxième édition de son traité de

oologie. Comme l'indique le titre, l'ouvrage est à la fois médical et gricole, c'est-à-dire qu'il traite d'une façon très détaillée les espèces ui intéressent le plus particulièrement l'homme.

L'ouvrage de M. Railliet est considérable, il est illustré d'un grand ombre de dessins qui éclaircissent le texte et il est complètement nis au courant de la science moderne. Ce livre ne convient pas seuement aux vétérinaires, il peut rendre les plus grands services au nédecin et au pharmacien en raison même de l'importance donnée à a description des espèces, à leurs caractères et au rôle qu'elles ouent vis-à-vis de l'homme, comme auxiliaires ou comme ennemis.

Pathologie interne.

A LA LIBRAIRIE ALCAN :

Le phtisique et son traitement hygiénique (Sanatoria — hôpitaux péciaux — cure d'air), par le Dr E.-P.-Léon PETIT, médecin de l'hôital d'Ormesson, secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tubercuəux; préface de M. le Dr HÉRARD, membre de l'Académie de Médeine. 1 vol. in-12 avec 20 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, francs.

La tuberculose est plus qu'une maladie, elle est une grave question ɔciale qui, à l'heure présente, se pose dans toutes les sociétés civisées dont elle affaiblit la vitalité et compromet l'avenir. Il n'était as sans intérêt de fixer, par des chiffres, l'importance des multiples angers de la tuberculose humaine. Il était plus utile encore d'indiuer les moyens puissants dont dispose la science moderne de l'hyiène pour lutter contre ce mal, à la fois dans l'individu et dans la ɔciété.

Chargé d'une mission médicale par le ministre de l'intérieur, le Dr Léon Petit a pu examiner sur place les sanatoria et les hôptaux onsacrés spécialement au traitement hygiénique du phtisique dans əs principaux pays d'Europe. Il a fait une étude comparée des traiteıents destinés à combattre les ravages de la tuberculose, lesquels ont basés sur des mesures, les unes prophylactiques, les autres cuatives, et son livre contient le résumé de ses observations. L'Alle nagne et la Suisse principalement offrent des exemples d'organisation e sanatoria pour les phtisiques payants et d'établissements pour es tuberculeux indigents, que la France et les autres pays auraient out intérêt à imiter. Déjà, pour la tuberculose infantile, l'initiative rivée a su donner en France l'exemple : les hôpitaux marins et Œuvre des Enfants tuberculeux ont indiqué la marche à suivre. Reste à compléter l'œuvre de défense contre ce fléau, et le Dr Léon

Petit, qui a, dès la première heure, pris une part active à la lutte sociale contre la phtisie, présente, avec l'autorité que lui donnent ses travaux antérieurs, un programme qui ne peut être que recommandé à l'attention des médecins et des hygiénistes, des pouvoirs publics et des malades eux-mêmes.

A LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE :

Les toxines microbiennes, contribution à l'étude de leur action physiologique, par le Dr Jean Artaud, 1895, 1 vol. grand in-8° de 142 pages, 3 fr. 50.

La sérothérapie. Mode d'emploi, résultats cliniques, par le Dr P. PATET, 1895, 1 brochure grand in-8° de 104 pages, 2 fr. 50.

L'intubation laryngée dans le croup, par le Dr Alexandre HUGUES 1895, 1 vol. grand in-8° de 150 pages, 3 fr. 50.

De la cure radicale des hernies inguinales par les méthodes opératoires sanglantes, par le Dr Gustave AGIER. 1 brochure grand in-8° de 204 pages avec figures, 4 francs.

A LA LIBRAIRIE STEINHEIL :

Le courant continu en gynécologie, par le Dr Albert WEIL. 1 brochure in-8° de 150 pages.

Essai théorique et clinique des fibromyomes de l'utérus, par le Dr J. LÉVY. 1 brochure in-8° de 176 pages.

Hygiène.

A LA LIBRAIRIE CARRÉ :

Climat marin et tuberculose pulmonaire, par le Dr LALESQUE 1 brochure in-8° de 70 pages.

Les misères de l'enfance, 1 brochure in-16 de 100 pages, par le Dr John LEMOINE, avec préface du Dr DESCROIZILLES.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 171.10.95.

REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.

Par le Dr A. Bolognesi

Ancien interne des hôpitaux,
Lauréat de la Faculté de médecine.

(Premier article)

Depuis quelques années, la chirurgie hépatique est à ·dre du jour et les travaux sur ce sujet se multiplient ne façon vraiment extraordinaire, apportant les uns un ·fectionnement dans un procédé déjà connu et employé, autres une méthode, voire même une opération nouvelle: ssi, tous les auteurs classiques s'entendent pour dire que traitement chirurgical des maladies du foie et des voies iaires constitue une des plus belles et des plus impor-.tes conquêtes de l'École chirurgicale moderne.

D'abord limitée à des ponctions, des incisions d'abcès, des vertures de la vésicule biliaire ou de kystes hydatiques, chirurgie du foie et des voies biliaires ne cesse de tendre et les succès se multiplient, grâce à l'antisepsie, . joua ici son rôle comme dans les autres branches de la rurgie en ajoutant à l'audace de l'intervention la sécu-é dans le résultat. Cette chirurgie porte sur le foie et les es biliaires, d'où une première division en deux grands oupes : traitement chirurgical des affections du foie et itement chirurgical des affections des voies biliaires. Le itement chirurgical des affections du foie comprend lui-me le traitement des contusions et déchirures du foie, plaies du foie et des voies biliaires ; puis viennent suite le traitement des abcès du foie, celui des kystes

hydatiques de cet organe, de l'hepatoptose et enfin des tumeurs du foie.

Nous commencerons par l'étude des différents moyens chirurgicaux employés dans les affections qui font partie de ce premier groupe.

I. Traitement des contusions et déchirures du foie.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, en présence d'un blessé chez lequel on soupçonnera une contusion du foie ayant amené une déchirure hépatique avec symptômes d'hémorrhagie abondante ou de péritonite grave, il faudra intervenir le plus vite possible par la laparotomie exploratrice, laquelle, bien conduite, est inoffensive par elle-même et peut permettre de sauver nombre de blessés que l'expectation aurait tués.

Dans un excellent article sur le foie, du *Nouveau Traité de Chirurgie*, Segond dit que l'apparition brusque des symptômes d'une hémorrhagie interne grave, l'éclosion soudaine des signes généraux et locaux de la péritonite, la formation rapide d'une collection liquide en un point de la cavité abdominale, constituent trois conditions dans lesquelles on doit discuter très sérieusement les indications de la laparotomie exploratrice, laquelle pourra conduire, suivant les cas, à trois variétés d'interventions : la suture à points perdus des déchirures hépatiques, la cholécystorrhaphie et la cholécystectomie suivant la largeur plus ou moins grande de la plaie de la vésicule biliaire.

Plaies du foie et des voies biliaires. — L'intervention chirurgicale dans les plaies du foie et des voies biliaires s'impose presque toujours, bien plus encore que dans les contusions et les déchirures.

Une plaie quelconque du foie, dit Segond, lorsqu'elle ›st pas compliquée de la présence d'un corps étranger, me hernie, d'une hémorrhagie ou d'une plaie des voies liaires, sera tout d'abord soumise au traitement classique s plaies abdominales (pansement antiseptique, drainage suré, repos absolu, préparations opiacées, diète, etc.). On oubliera pas que les complications tardives sont possibles la surveillance du blessé sera dirigée en conséquence. il y a des corps étrangers, on mettra tout en œuvre pour s extraire, et on n'hésitera pas à débrider largement la aie pour se faire du jour.

Toutefois, s'il s'agit d'une balle, la meilleure conduite à ivre peut être difficile à déterminer. Sans doute, leur andon systématique est un précepte que nous ne uvons plus accepter; mais, par contre, il est certain que xtraction d'un projectile ne doit être faite que lorsqu'on t sûr de son siège et que les manœuvres nécessitées pour tteindre ne sont pas trop laborieuses. En procédant trement, on s'exposerait à faire sans aucun bénéfice de ritables dégâts. On se souviendra qu'en certains cas outes sur le siège du projectile, impossibilité de l'atteindre ns inciser une portion trop considérable de la glande), le us sage est de confier à la suppuration le soin d'éliminer projectile, à moins qu'il ne s'enkyste, ce qui est rare ais possible.

Lorsqu'une portion de l'organe fait hernie à travers la aie, on pourra la réduire si elle n'est pas trop altérée. ns le cas inverse, on la réséquera toujours en prenant le in (jusqu'à ce que la supériorité de la méthode inverse it démontrée) de fixer le pédicule dans la plaie.

En présence d'une collection péritonéale enkystée ou n abcès du foie, on procédera sans retard à l'évacuation pus.

Gross, Rohmer, Vautrin, Segond et nombre de chirur-

giens disent que la *péritonite* exige la laparotomie, dès qu'elle est déclarée, pour permettre la toilette minutieuse du péritoine.

On pourra ainsi arrêter, dans certains cas, le processus péritonitique en évacuant les liquides septiques généra teurs de la complication (bile, pus ou même matière fécales en cas de blessure simultanée du tube digestif).

L'Hémorrhagie est une indication formelle de la laparo tomie qui seule permettra d'arrêter l'écoulement par l tamponnement ou par la suture des bords de la déchirur hépatique.

Les plaies des voies biliaires sont une indication no moins formelle de la laparotomie qui sera complétée pa une intervention variable suivant les cas : cholécystorrha phie ou cholécystectomie pour les plaies de la vésicul biliaire, suivant qu'elles seront petites ou grandes ; cholé cystectomie pour les blessures du canal cystique ; cholé cystentérostomie pour les blessures du canal cholédoque.

Nous retrouverons ces opérations avec leur histoire dan la seconde partie de ce travail.

II. Traitement chirurgical des abcès du foie.

Nous avons affaire ici aux grands abcès du foie, hépatit suppurée des pays chauds, laissant de côté les abcès miliair qui appartiennent au domaine médical.

Le traitement vraiment chirurgical des abcès du fo est celui de toutes les collections purulentes, c'est-à-di l'*incision large et précoce*. Mais, avant d'arriver à cette in tervention franche et rapide, la seule rationnelle, de nom breux procédés avaient été employés.

On peut diviser les procédés employés en deux groupe Le premier groupe comprend :

es méthodes de lenteur dans lesquelles on cherche à ›lir des adhérences entre l'abcès et les parois abdomi-›s.

' L'incision simple de la paroi abdominale avec ou sans ›ement a plat consécutif.

'est le procédé imaginé par Récamier et connu sous le ı de procédé de l'incision en deux temps de Graves et 3égin.

rocédé de Graves. — Incision des téguments jusqu'au llet pariétal du péritoine et attente de la formation des ›rences.

rocédé de Bégin. — Incision des téguments comprenant ›lus le feuillet pariétal du péritoine, puis pansement usif enlevé quelques jours après, lorsque les adhérences ent supposées suffisantes.

La destruction de la paroi avec les caustiques, potasse :austique de Vienne, procédé fondamental de Récamier, ou moins modifié par Behier et Hardy, Chassaignac, al de Cassis.

›s adhérences une fois produites, la collection est direc-›nt ouverte, soit par la production d'une nouvelle ıare, c'est le procédé de Récamier ; soit par l'ouverture incision directe de l'eschare, c'est le procédé de Vidal ›assis.

rocédé de Chassaignac. — Plus hardi, Chassaignac loyait aussi les caustiques, mais à travers l'eschare il ıit bientôt pénétrer son trocart courbe dans la poche et ımenait de dedans en dehors pour introduire sur ce lucteur une anse élastique fenêtrée.

› deuxième groupe comprend des procédés plus rapides, lesquels les opérateurs usaient d'un dispositif spécial › assurer la protection mécanique du péritoine contre ›action du pus et lui fournir une issue rapide. Tous ces ›édés dérivent du procédé de Cambay.

Procédé de Cambay. — Connu sous le nom de procé
fondamental du trocart à demeure, ce moyen, préconisé p
Cambay, Sachs du Caire, défendu par Rendu, peut p
mettre, par la large ouverture de la canule, l'évacuation
pus et des détritus hépatiques et les lavages répétés de
poche.

Procédé de Verneuil. — Le procédé du trocart uni
même volumineux pouvant être insuffisant, Verneuil i
gina le procédé de la double ponction.

On a aussi imaginé d'enfoncer deux trocarts côte à c
à 3 centimètres l'un de l'autre, pour diviser les par
molles qui les séparent, dès que les adhérences ont pu
former (Défontaine).

Procédé de Mac Leod. — En 1891, Mac Leod a préco
un procédé particulier; il se sert d'un trocart et d'
canule, d'une sonde cannelée sur la moitié de sa longu
et s'adaptant à la canule, de tubes à drainages plus
moins longs, nickelés et ovales (plus utiles que les tu
ronds pour introduire entre les côtes), dont chacun a d
ouvertures latérales à son extrémité inférieure et d
autres à l'extérieur pour y fixer l'épingle de sûreté; e
d'un autre tube dit tube-guide, plus long que le plus l
des drains et finissant en cône à son extrémité profonde
existe une ouverture suffisante pour laisser passer la so
cannelée. L'auteur enfonce d'abord trocart et canule, re
place le premier par une sonde cannelée et retire
canule. Puis, sur la sonde, il coupe tous les tissus, v
ticalement par une incision longue d'un pouce qu'il agra
avec une pince de Lister passée sur la rainure de la so
Par cette ponction, il glisse sur la sonde cannelée un t
à drainage avec son tube-guide qui est ensuite retiré a
la sonde, et le drain demeure en place fixé par une épi
de sûreté (Leblond).

Les procédés de lenteur, il n'est pas besoin de le d

sont abandonnés et ils ne sont plus de mise aujourd'hui.

Le procédé du trocart à demeure, ses dérivés et surtout le procédé de la double ponction de Verneuil présentent des avantages réels et peuvent au besoin rendre des services. Mais si cette méthode permet l'évacuation précoce et rapide du pus et évite assez bien le passage du pus dans la séreuse, elle a l'inconvénient de ne pas fournir au pus une assez large issue et d'exposer, en dépit des irrigations les mieux faites, aux dangers d'une évacuation imparfaite. (Segond).

On peut encore signaler une troisième méthode, le procédé de la ponction aspiratrice aidé de lavages antiseptiques lequel a donné quelques succès ; mais ce procédé présente aussi de sérieuses difficultés, car le contenu des abcès du foie est en général constitué par du pus mélangé de grumeaux, de débris de parenchyme hépatique, collection qui ne peut être évacuée par aspiration.

Méthode de Stromeyer-Little. — Il fallait donc trouver une méthode rapide et sûre d'évacuation par une incision complète immédiate, car, comme le dit avec juste raison Rendu, il faut presque toujours ouvrir franchement la collection purulente. Déjà, l'incision rapide et complète dans le cas d'abcès à fleur de peau venant s'offrir à la lame du bistouri, avait donné d'excellents résultats.

C'est d'ailleurs, comme le fait remarquer Mabboux, ce que font les nègres du Soudan qui s'ouvrent eux-mêmes les abcès proéminents de l'hypochondre avec un instrument spécial à double tranchant.

Dutrouleau pratiquait ainsi l'ouverture de ces abcès : Après une ponction exploratice, on fait une incision verticale, longue de 4 à 5 centimètres, et intéressant la peau et le tissu cellulaire. On coupe les tissus couche par couche en diminuant peu à peu l'étendue de l'incision à mesure qu'on enfonce le bistouri. Parvenu sur l'abcès, il faut s'as-

surer de l'immobilité de la tumeur qui indique la formation d'adhérences et dans ce cas plonger perpendiculairement le bistouri et agrandir un peu l'ouverture en le retirant. Mais si l'on a des doutes sur les adhérences, l'auteur veut qu'on s'en tienne là et qu'on attende ; le pus, dit-il, se fera jour sans tarder. Mais comme le dit Leblond, c'est précisément alors revenir à la méthode lente à deux temps, méthode inspirée par la crainte du manque d'adhérence. Il faut arriver jusqu'en 1880 pour voir apparaître une nouvelle méthode d'ouverture franche et rapide, avec mépris des adhérences, facilement réalisable aujourd'hui et qui, comme le dit Segond, est ou sera demain le procédé de choix de tous les chirurgiens: c'est la méthode de Stromeyer-Little plus ou moins modifiée.

Avant le médecin de Shangaï, déjà Ralfe (1874) et Dickson Hunter (1876), avaient opéré de cette façon mais sans insister sur les avantages de leur procédé. Little le premier entrevit nettement les résultats possibles. Voici la description de cette méthode, faite par le premier opéré de Little, le Dr Ayme: l'opération doit être faite de bonne heure, aussi dès qu'on peut présumer l'existence d'un abcès il le faut chercher avec une aiguille exploratrice de fort calibre (3 millimètres de diamètre).

Ces ponctions sont absolument inoffensives.

Lorsque la présence du pus s'est révélée, il faut, sans essayer de vider le foyer avec l'aspirateur, l'ouvrir largement à l'aide d'un long bistouri, conduit sur un des côtés de l'aiguille. L'incision doit comprendre du même coup toute l'épaisseur des parois. Le pus jaillit alors et pour faciliter son évacuation complète, on introduit dans la plaie une forte pince dont on écarte les mors. On exerce en même temps des pressions sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales. On lave la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée à 1/100 et on continue le lavage

jusqu'à ce que le liquide sorte limpide, sans renfermer ni pus, ni grumeaux, ni lambeaux sphacélés.

On introduit alors jusqu'au fond de la cavité un tube à drainage du plus fort calibre, qu'on fixe et qu'on coupe au ras de la plaie. Le pansement de Lister est alors appliqué dans toute sa rigueur et renouvelé chaque jour, deux fois si c'est nécessaire. La méthode de Stromeyer-Little est donc essentiellement caractérisée par les trois points suivants :

α. Recherche hâtive du pus avec le trocart ;

β. Incision en un seul temps de toutes les parties molles situées entre le pus et l'extérieur ;

γ. Lavage puis drainage de l'abcès dans les conditions de l'antisepsie la plus rigoureuse.

La méthode de Stromeyer-Little acceptée dans ses traits les plus essentiels mérite cependant quelques modifications au point de vue du manuel opératoire, car elle n'est pas exempte d'inconvénients.

Tout d'abord, l'incision à main levée, sans aucun souci de ce que deviendront les lèvres de l'incision hépatique, malgré l'opinion de Mabboux (qui prétend qu'une large ouverture donne au pus un écoulement si facile que toute pénétration dans le péritoine est évitée), malgré la fréquente stérilité microbienne des abcès hépatiques qui expliquerait d'après Peyrot, l'innocuité de la méthode de Little, cette incision à main levée peut permettre, comme il en existe des exemples, l'irruption du pus dans le péritoine avec péritonite consécutive, le pus ayant évidemment joué dans ces cas un rôle pathogénique important.

De plus, le chirurgien agissant en aveugle ne tient aucun compte des cas exceptionnels il est vrai, mais non douteux, dans lesquels le bistouri peut intéresser un organe important tel que la vésicule biliaire, l'épiploon, l'intestin, l'estomac.

pour éviter l'infection des fils de suture, à leur passage dans la paroi de la poche.

La canule sera laissée à demeure jusqu'à évacuation presque totale du contenu et même jusqu'au placement complet des points de suture.

Defontaine recommande de retirer d'abord le trocart avant le passage des fils et de saisir doucement l'orifice de ponction avec une pince à kyste, pour l'attirer un peu au dehors si possible et faciliter les manœuvres ultérieures; il faut prendre bien garde, en ce cas, de déchirer le tissu hépatique.

On peut encore inciser préalablement l'abcès avant de placer les sutures et l'index gauche doit pénétrer dans la cavité pour guider l'aiguille.

On se servira d'une aiguille de Reverdin très courbe et très fine ou mieux de petites aiguilles toutes montées.

On emploiera de préférence au catgut qui peut se résorber trop vite, la soie bouillie dans le sublimé, de moyenne grosseur (nos 2 ou 3) et surtout la soie plate afin de réduire au minimum les chances de déchirure (Segond).

On passera les fils en comprenant le plus de tissu possible en surface et le moins en profondeur. L'idéal serait de ne saisir que la capsule de Glisson et le feuillet viscéral qui lui adhère pour l'accoler et le suturer au feuillet pariétal du péritoine. Dans ce but, il convient de ne faire pénétrer les aiguilles qu'à un ou deux millimètres dans le foie et très obliquement pour ressortir à quatre millimètres environ de l'orifice d'entrée. La collerette flottante que la paroi abdominale, incisée et légèrement retractée après l'incision, laisse voir au fond de la plaie, retombe librement sur le foie auquel elle s'accole naturellement ; il suffit de pincer légèrement la capsule de Glisson et son feuillet péritonéal de revêtement pour y suturer minutieusement cette collerette. Defontaine fait dans ce but deux rangs de sutures :

Le premier fixe au foie la base de la collerette du périne pariétal, par des fils passés de centimètre en centi-:tre et parallèlement aux lèvres de la plaie; pour cela, iguille pique de dehors en dedans le feuillet pariétal de séreuse, le traverse et pénètre dans le foie, le moins ssible, à un ou deux millimètres de profondeur, puis sort à quatre millimètres plus loin pour retraverser de lans en dehors le péritoine pariétal. Chaque fil est noué ssitôt que passé.

On fait ainsi le tour de la plaie, puis un second rang de ures dirigées cette fois vers le centre de la plaie, suivant s lignes radiées, est appliqué dans les intervalles des nts de la rangée précédente; l'aiguille ne traverse qu'une s le péritoine pariétal près de son incision, c'est-à-dire ès du bord libre de la collerette, pique encore légèrement le tissu du foie et en ressort à trois ou quatre llimètres de son point d'entrée. Tous ces fils placés et iés, on voit que ceux d'une rangée correspondent à itervalle des points de l'autre. Ainsi le foie est parfaitent fixé, et cette immobilisation préalable est d'autant is utile qu'après l'incision et le vidage de l'abcès on est posé à voir les lèvres de la section hépatique remonter et loigner de la plaie extérieure. De plus, les surfaces euses étant ainsi accolées, la cavité péritonéale est ictement fermée et toute issue de pus dans le ventre possible.

Leblond propose de modifier ce manuel opératoire en le nplifiant: Faire d'abord la rangée de sutures que Defonne applique la seconde; puis, entre ces premiers points suture superficiels, en appliquer d'autres plus profonds, n pas parce qu'ils prendraient plus de tissu hépatique, is parce qu'ils comprendraient toute la paroi abdominale embrasseraient une masse plus considérable de ligants. Ce serait l'analogue des deux plans de sutures

(superficiel et profond) usités souvent en laparotomie. Le foie ainsi fixé et la cavité péritonéale fermée, on dispose autour du point à inciser une zone protectrice de compresses de tarlatane bouillies dans le sublimé, et le trocart encore en place, ou une sonde cannelée placée dans l'orifice de ponction servent de guide pour inciser franchement et largement tout le tissu hépatique jusqu'à l'abcès.

L'ouverture sera faite au thermocautère, aux ciseaux ou au bistouri.

On lavera ensuite largement, mais doucement, la cavité avec un liquide antiseptique tiède pour évacuer le reste du pus et les lambeaux de tissu hépatique sphacélé.

Pour les irrigations, on use des substances les plus diverses : bichlorure et biodure de mercure, eau phéniquée au 1/100 et au 1/50, chlorure de zinc, solution de chloral au 1/100, naphtol camphré, eau boriquée, eau bouillie.

Quant au curettage conseillé par Zancarol et récemment préconisé par Fontan, comme manœuvre complémentaire de l'incision, parce que le tissu hépatique est nécrosé et infecté autour de la poche, il est considéré comme inutile et dangereux par Segond, Pozzi et Monod.

Il expose à l'hémorrhagie et à l'ouverture de canalicules biliaires. Avant d'introduire les drains, l'index explorera la poche pour rechercher des calculs, et tout corps étranger qui pourrait devenir la cause possible d'abcès hépatiques, voire un abcès voisin qu'on ouvrirait avec le trocart. Puis deux gros drains sont introduits côte à côte le plus exactement possible dans l'ouverture de l'abcès et fixés par deux fils lâchement serrés à la plaie cutanée.

Le pansement sera fait soit au salol ou à l'iodoforme, le tout maintenu par un bandeau de flanelle qui permet une compression méthodique et donne au malade une immobilisation absolue comme après une laparotomie.

Si la fièvre persiste encore le lendemain ou que les pièces

de pansement soient traversées, on renouvellera les lavages et on fera de même chaque fois que l'une ou l'autre éventualité se présentera. Les injections ne seront supprimées complètement que lorsque le lavage ne ramène plus de débris hépatiques.

Les drains seront peu à peu diminués de longueur, de nombre et de volume, suivant la marche favorable de la cicatrisation, il ne faudra supprimer le drainage que si l'écoulement a presque disparu et que la guérison complète approche.

La guérison définitive se fait généralement en trois ou quatre semaines.

Abcès du foie thoracique. — *Incision méthodique couche par couche et ouverture de l'abcès après suture du foie à la paroi thoracique.* — Dans les abcès de la face convexe du foie, on a reproché à la méthode de Little d'exposer au danger de blesser et d'infecter successivement deux séreuses et le diaphragme, bien que le péritoine sushépatique soit en général adhérent à la convexité du foie, le diaphragme lui-même lui est intimement soudé, et la plèvre, si elle n'est pas refoulée en haut, a ses feuillets soudés aux côtes et au diaphragme. Aussi quelques chirurgiens prudents ont délaissé la méthode de Little pour inciser couche par couche, lentement jusqu'à la plèvre, bourrer de gaze antiseptique et attendre trois et quatre jours et plus avant d'inciser ensemble, plèvre, diaphragme, péritoine et foie. (Ancienne méthode de Récamier rajeunie par Wolkman pour les kystes hydatiques.)

Pourtant, le défaut d'adhérence n'a pas même les inconvénients que l'on pourrait redouter et, malgré leur absence, Segond n'a pas vu de pneumothorax dans trois opérations de kyste hydatique.

On aura souvent besoin, quelle que soit la méthode em-

ployée, de réséquer une ou deux côtes pour se donner du our.

Kartulès, Garcia Réjo conseillent la résection costale dans tous les cas. Leblond dit que si l'espace intercostal où porte l'incision est large et laisse le doigt y entrer à l'aise, la résection n'est pas nécessaire ; une grande incision suffira, capable de recevoir deux gros drains côte à côte.

D'après Chauvel, on peut voir quelque temps après l'opération les côtes tellement se rapprocher, que l'ouverture du foyer devient insuffisante ; alors les drains sont aplatis et comprimés, le pus est retenu dans la poche et les accidents fébriles reparaissent. La résection costale est alors urgente. Elle est également indispensable dans la méthode suivante à cause de la difficulté qu'il y aurait à passer par un espace intercostal des points de sutures plus ou moins profonds jusqu'au foie.

Méthode transpleurale. — Ce procédé permet d'agir vite et prudemment. On usera pour inciser le foie des mêmes précautions que par la voie abdominale.

Inspirée par le traitement des kystes hydatiques suppurés, l'incision transpleurale ou transpleuropéritonéale fut imaginée en 1879 par Israël de Berlin, qui la fit en trois temps par intervalles de huit jours ; depuis elle a été employée en France par Segond, Maunoury, Bœckel, etc., qui la firent en une séance.

C'est Thornton qui le premier, en 1886, la proposa au Congrès de Brighton pour le traitement des abcès du foie; elle a été employée depuis cette époque maintes fois avec succès par les chirurgiens.

Thornton recommande une incision intercostale de huit à dix centimètres de longueur, puis la résection de sept à huit centimètres de côte ; on incise ensuite la plèvre pariétale, puis la plèvre diaphragmatique qu'on suture à la pré-

cédente pour fermer la cavité pleurale, puis on ouvre la poche purulente.

Dans un cas, Terrier fit une incision longue de huit centimètres dans le huitième espace intercostal ; la neuvième côte fut reséquée sur une étendue de quatre centimètres, mais pendant la résection sous-périostée la plèvre fut ouverte.

On sutura le diaphragme à la paroi par huit fils de soie, quatre de chaque côté. Le diaphragme fut ensuite incisé et ses lèvres fixées au foie par six fils de soie, trois de chaque côté. On avait ainsi formé une sorte de canal traversant les cavités pleurale et péritonéale, mais qui en était séparé par les deux plans de sutures et conduisait jusqu'au foie mis à nu. L'orifice cutané fut rétréci par quatre sutures au crin de Florence. Cela fait, l'abcès fut ouvert au bistouri, puis lavé et drainé.

Dans l'ouverture des kystes hydatiques, Segond, pour prévenir le pneumothorax, se contente de faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide placée à plat au-dessus de l'incision pendant la traversée pleurale, pour maintenir les deux feuillets appliqués l'un à l'autre ; puis on incise le diaphragme dont on éverse et maintient au dehors les deux lèvres jusqu'à ce que la mise en place des sutures assure le contact définitif des feuillets pleuraux. Puis on vide la poche purulente au trocart, on l'ouvre largement et l'on coud ses parois aux lèvres de l'incision cutanée. Sans suturer la plèvre, Zancarol, par deux fois, s'est contenté, l'abcès largement ouvert, d'introduire dans sa cavité deux écarteurs qui accrochaient et tenaient accolées les parois de la poche contre celles de l'incision pleuro-péritonéale.

Pour Defontaine, la suture de la séreuse paraît réellement indispensable et il serait imprudent de ne pas y recourir toutes les fois qu'on le peut.

Pour Leblond, le procédé idéal serait de suturer d'abord les deux feuillets de la plèvre, puis fendre le diaphragme et découvrir le foie, le contenu de l'abcès une fois évacué, adosser le tissu hépatique au péritoine sous-diaphragmatique et au diaphragme par une collerette de points de suture, enfin la poche purulente est ouverte au milieu de la couronne de sutures et l'on draine, lave et panse comme à l'ordinaire.

MÉTHODE DE LANNELONGUE. — *Résection du bord inférieur du thorax.* — Cette méthode mixte, thoraco-abdominale, fut imaginée par Lannelongue pour aborder les abcès tuberculeux sous-phréniques des enfants. Elle est très applicable aux abcès du foie de la face convexe, elle consiste à réséquer, sans ouvrir la cavité pleurale et péritonéale, une partie des cartilages costaux qui forment en avant le bord inférieur du thorax. Canniot en indique ainsi le manuel opératoire :

L'incision faite au bistouri, à deux centimètres au-dessus du bord inférieur du thorax, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commence à trois centimètres du sternum et se termine à l'union de la dixième côte et de son cartilage, on sectionne successivement la paroi, le tissu cellulaire sous-jacent, le grand oblique et le grand droit ; ce dernier, coupé seulement dans sa partie externe, est refoulé vers l'appendice xyphoïde ; la lèvre supérieure de la plaie est ensuite disséquée pour bien découvrir la partie à réséquer, la face externe du rebord cartilagineux du thorax apparaît ; il faut isoler ce rebord en bas et en arrière, supérieurement on désinserre le petit oblique en arrière ; avec la rugine on sépare les cartilages costaux des attaches du transverse et des fibres inférieurs du diaphragme. Ce temps de l'opération est facile à exécuter si on se rappelle le trajet du cul-de-sac pleural. On sait qu'en

ce point la plèvre, passant sur la face postérieure du cartilage de la septième côte, croise la partie interne du septième espace intercostal, puis descend obliquement en bas et en arrière, croisant les huitième, neuvième, dixième cartilages costaux : plus la côte est inférieure, plus la plèvre est rapprochée de la portion osseuse, si bien qu'au niveau de la onzième côte, la plèvre vient passer sur la portion osseuse. Donc l'extrémité antérieure des huitième, neuvième, dixième, onzième cartilages costaux n'est pas recouverte par la plèvre et peut être réséquée sans ouvrir la cavité thoracique.

La portion du thorax à réséquer a une forme triangulaire ou trapézoïde dont le grand côté est représenté par le rebord costal : elle comprend une assez grande partie des dixième, neuvième et huitième cartilages costaux avec la portion correspondante des espaces.

Le huitième cartilage sera coupé en deux points près de son origine et à son point de réunion avec celui de la septième côte. Quelquefois il faut encore remonter davantage et sectionner ce dernier cartilage; pour le faire, on relèvera prudemment la plèvre qui du reste est parfois adhérente en ce point et souvent remontée. Si le cul-de-sac était ouvert, on en ferait la suture. Une fois ce volet thoracique enlevé le foie devient accessible et sa portion convexe facile à explorer de l'œil et du doigt ; alors, comme précédemment, on ponctionnera et suturera l'organe avant d'ouvrir son abcès.

Hépatocolostomie. — Cette opération est destinée dans les abcès de la face inférieure du foie à aboucher l'abcès dans le côlon pour favoriser son évacuation. (Bichon).

L'intervention est délicate et sérieuse. C'est le manuel opératoire préconisé par Terrier pour la cholecystenterostomie.

On fait d'abord une incision sur le bord externe du muscle droit du niveau de l'ombilic aux côtes, puis on vide préalablement l'abcès avec l'aspirateur, on le lave au sublimé et l'on met la paroi de cette poche en rapport avec le côlon. Une première suture transversale comprend la partie la plus éloignée de l'abcès et du côlon. Puis huit points de sutures sont placés suivant deux lignes longitudinales, éloignées de un centimètre environ, quatre d'un côté, quatre de l'autre. Le fil ne comprendra pas, autant que possible, toute l'épaisseur des parois. Un dernier point transversal comme le premier est placé sur la partie la plus rapprochée.

On circonscrit ainsi un rectangle qui met en présence le côlon et l'abcès. Des pinces à pression maintiennent les extrémités des fils de catgut. Après avoir serré le premier point transversal et les points latéraux, on pratique avec un bistouri étroit une ouverture correspondante aux parois accolées, dans laquelle on passe un drain flexible de 5 à 6 centimètres de long. On achève d'isoler la fistule en serrant le dernier point transversal. On referme ensuite la paroi abdominale. La gravité d'une telle intervention rend cette opération rationnelle tout à fait exceptionnelle.

Complications post-opératoires. — Parmi les complications post-opératoires qui peuvent être préjudiciables aux malades, il faut citer : la cholerrhagie, la carie costale et les fistules.

La cholerrhagie est caractérisée par un écoulement biliaire abondant. La bile s'échappe de l'abcès par centaines de grammes, souille et traverse le pansement qu'il faut renouveler plusieurs fois par jour.

C'est un accident rare qui survient en général quelques jours après l'incision au moment où les parties sphacelées s'éliminent. La gravité de cette complication dépend de l'abondance de l'écoulement du liquide biliaire et de sa

durée. L'état de l'opéré devient rapidement grave, si l'écoulement est abondant et persiste; l'organisme, déjà miné par la diarrhée, la fièvre et la suppuration, s'affaiblit et se ruine définitivement.

Les indications thérapeutiques de cette complication sont nulles et malheureusement inefficaces.

On évitera les drains trop longs qu'on a accusés d'irriter les parois de l'abcès, en certains cas d'hypersecrétion biliaire, et on fera les lavages de la poche assez rares pour ne pas retarder la cicatrisation de ses parois et l'oblitération des vaisseaux biliaires. Ce qu'on pourra tenter surtout, c'est de suralimenter les malades, si l'état de leur tube digestif si souvent ruiné par la dysenterie le permet, et d'attendre que l'écoulement cesse de lui-même. Bertrand, qui a fait une étude complète de la cholerrhagie, a essayé de compenser les pertes biliaires en donnant vingt centigrammes d'extrait de bile de bœuf en deux pilules par jour, mais sans résultat favorable.

Un autre accident rare, bien étudié par Chauvel, est la *carie* d'une ou de plusieurs côtes provoquée par le contact du pus, qui peut devenir la cause d'une fistulisation interminable dont la guérison exige l'ouverture large du foyer avec résection complète des parties osseuses malades. Cette résection est facile, la plèvre étant épaissie autour, elle est exempte de dangers, car les deux feuillets de la séreuse sont depuis longtemps soudés par des adhérences; après quelques semaines, le périoste a reproduit le fragment osseux réséqué.

Les fistules persistantes peuvent être entretenues par le défaut de retraction de l'abcès dû à la rigidité de ses parois ou à des adhérences ambiantes, défaut encore augmenté, doublé pour ainsi dire, par la rigidité de la cage thoracique à laquelle adhère le foie par l'intermédiaire du diaphragme.

Pour obvier à cet inconvénient, Little recommandait

l'emploi d'une bande élastique pour comprimer le thorax et rapprocher sa paroi de celle de l'abcès.

Il est plus efficace d'employer, dès le début, la méthode de Lannelongue qui, en commençant par réséquer le bord inférieur du thorax pour ouvrir au chirurgien une large voie, a l'avantage de prévenir cette complication.

Quoi qu'il en soit, le débridement de ces fistules est le meilleur moyen à employer ; il faudra souvent parfaire l'intervention par la résection des côtes, en un mot, mobiliser la paroi thoracique par l'opération de Letiévant-Estlander.

Traitement des complications de l'abcès. — Après l'ouverture d'un abcès du foie, si malgré l'évolution favorable de la première poche incisée et le bon état de la plaie opératoire, on voit réapparaître la fiévre et la diarrhée, parfois la diarrhée seule, il faut soupçonner l'existence d'un autre abcès hépatique. Il faut alors, pour éviter une issue fatale, intervenir à nouveau en recherchant les foyers supplémentaires par la ponction.

Quand un abcès du foie vient de s'ouvrir dans une cavité ou un organe voisins, il faut intervenir largement et le plus vite possible, d'après Leblond, même aux cas où la rupture spontanée donne des résultats relativement favorables (issue par l'intestin). On évitera ainsi les suppurations interminables et leurs dangers et on pourra laver et drainer la poche afin d'en activer la cicatrisation.

Si le pus a fait irruption subite dans la *cavité abdominale* une laparotomie s'impose avec toilette péritonéale. Si l'abcès s'est vidé dans l'*intestin*, les lavements antiseptiques seront indispensables.

S'il s'est fait jour dans le *péritoine en s'y enkystant*, il faut inciser couche par couche cette poche péritonéale et la drainer.

Si le pus a fusé dans la *fosse rénale*, et simule un phlegmon périnéphrétique, on ouvrira comme s'il s'agissait de ce phlegmon lui-même.

De même si l'abcès a déterminé des *fusées purulentes* plus ou moins éloignées, le chirurgien opérera en se laissant guider par les circonstances et la région envahie.

Dans le cas de rupture péricardique, on a conseillé de faire une ponction et même une péricardotomie; mais les accidents graves sont tellement brusques qu'on n'a guère le temps d'intervenir.

Dans le cas d'irruption dans les voies respiratoires, si on a affaire à une pleurésie purulente, l'empyème s'impose rapide et urgent ; s'il s'est produit une vomique avec fistule broncho-pulmonaire, il ne faudra pas se fier à l'évacuation spontanée, toujours lente et dangereuse, et il faudra faire au plus vite l'ouverture transpleurale de l'abcès.

Enfin, si le pus hépatique, ayant perforé le diaphragme et la plèvre adhérente, s'enkyste dans le poumon en ne produisant pas de vomique, mais donnant tous les symptômes d'une caverne purulente avec accidents possibles de gangrène pulmonaire, l'intervention est alors tout indiquée : c'est la *pneumotomie*.

Le traitement chirurgical des abcès du foie peut se résumer ainsi dans ses grandes lignes :

1° Si l'on soupçonne l'existence d'un abcès du foie, on fera une ponction exploratrice hâtive et répétée à des profondeurs variables et dans des directions différentes jusqu'à ce qu'on ait rencontré le pus ou qu'on ait dûment constaté son absence;

2° L'abcès révélé et bien localisé sera largement ouvert et au plus vite ;

3° S'il proémine surtout au-dessous du rebord des côtes dans l'abdomen et qu'on le soupçonne à la périphérie du

foie, on pourra, dans l'espoir de trouver des adhérences péritonéales, employer la méthode de Stromeyer-Little;

4° Si l'on doute des adhérences ou de leur solidité, on fera l'incision couche par couche de la paroi abdominale de l'abcès avec suture de la séreuse en collerette au tissu même du foie;

5° Si l'abcès bombe dans la cavité thoracique, on pourra comme précédemment employer la méthode de Little, et par un espace intercostal fendre d'un seul coup plèvre, diaphragme, péritoine sous-jacent et tissu hépatique jusqu'à l'abcès ;

6° Si l'abcès semble profond et les adhérences pleurales peu certaines, on emploiera la méthode trans-pleuro-péritonéale ;

7° Pour aborder les abcès de la face convexe du foie, on pourrait remplacer la méthode transpleurale par la méthode de Lannelongue;

8° Dans les cas exceptionnels où l'abcès est central et proche du gros intestin, on pourra, par une laparatomie aboucher le foyer hépatique dans le côlon (hépatocolostomie).

Traitement des abcès tuberculeux péri-hépatiques. — Les abcès tuberculeux péri-hépatiques comportent une intervention chirurgicale qui permet de les guérir dans bon nombre de cas.

Pour les abcès dont l'abord est facile et dont la cavité s'affaisse bien après l'évacuation du pus, l'incision simple à travers la paroi abdominale et la décortication de la paroi constituent la méthode de choix.

Pour les abcès plus élevés et moins accessibles aussi bien que pour la cure des trajets fistuleux consécutifs à leur ouverture, il faut combiner l'incision des parties molles à la résection du bord inférieur du thorax, avoir recours, en un

mot, à la méthode de Lannelongue, que nous avons décrite plus haut. Cette méthode fut justement préconisée par le professeur Lannelongue à propos du traitement des abcès tuberculeux du foie.

Après l'ouverture large d'un abcès tuberculeux du foie, on ne manquera jamais d'explorer le foie lui-même et s'il y a coexistence d'un abcès intra-hépatique, on aura grand soin d'en pratiquer toujours l'ouverture.

Dans un prochain article, nous continuerons par le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, et des indications de ce traitement,

PAR M. le Dr P. DIGNAT,
Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(Suite.)

Le fait que nous venons de relater aussi fidèlement que possible nous semble assez concluant par lui-même pour que nous nous dispensions de longs commentaires. On nous permettra cependant, tout en restant dans le domaine thérapeutique, de mettre en relief certains points de cette observation, intéressante d'ailleurs à divers autres titres.

En premier lieu, nous ferons remarquer que, chez notre malade, il n'y a eu qu'un seul traitement employé : le traitement par les vésicatoires circulaires. Trop souvent, il arrive que les malades qu'on traite selon ce procédé

ont suivi pendant des périodes plus ou moins longues d'autres médications. Il peut donc y avoir de ce fait, pour un esprit tant soit peu prévenu, une certaine difficulté à faire la part réelle d'efficacité devant être attribuée à l'une ou l'autre méthode thérapeutique. Ici, ce n'est pas le cas. Les circonstances ont voulu que nous assistions pour ainsi dire au début de la maladie, et la médication instituée par nous a été unique. Si donc notre malade a guéri, c'est, incontestablement, aux vésicatoires circulaires qu'il doit sa guérison. A ce sujet le doute n'est pas permis.

La seconde particularité que nous relèverons dans la même observation, c'est le transfert, sous l'influence du premier vésicatoire, de l'aura sensitive du poignet et de la main à la partie supérieure de l'avant-bras, dans le voisinage du coude. Bien qu'il s'agisse là d'un phénomène connu depuis longtemps, puisque Bravais l'avait constaté chez un de ses malades et qu'on en retrouve un exemple dans l'observation de Récamier, les faits de ce genre n'en constituent pas moins un des épisodes les plus intéressants de l'action des vésicatoires dans l'épilepsie partielle.

Ainsi que nous l'avons déjà rappelé, Buzzard d'abord, Hirt ensuite, ont étudié ce phénomène et, sans pouvoir d'ailleurs l'expliquer, en ont rapporté plusieurs exemples remarquables.

De leurs observations et de celles qui ont été recueillies depuis, il résulte que le phénomène du transfert peut, lorsqu'il se produit, revêtir des formes diverses.

Dans un premier cas, l'aura peut être transférée du siège primitif à un autre point, plus ou moins éloigné, du même membre. C'est ce qu'on observe chez notre malade. Dans un deuxième cas, l'aura peut être transférée d'un membre à un autre, mais sans changer de côté. Dans un troisième cas, le transfert peut se produire dans un des membres (et quelquefois même dans les deux) du côté

opposé. Dans un quatrième cas, enfin, l'aura est transférée soit d'un membre à une partie du tronc, du cou ou de la tête, soit, inversement, d'un point quelconque d'une de ces régions à un membre.

Mais le transfert peut porter aussi sur d'autres symptômes que sur l'aura proprement dite. C'est ainsi qu'il arrive de voir les convulsions être transférées en même temps que l'aura. On en trouve trois exemples dans le Mémoire de Hirt.

Une autre variété de transfert, toujours provoqué par les vésicatoires circulaires, consiste encore dans la substitution à l'aura primitive et aux convulsions habituelles de symptômes nouveaux soit d'ordre physique, soit même d'ordre psychique.

D'autre part, il peut y avoir transfert de certains accidents consécutifs aux attaques, par exemple, transfert de la paralysie post-épileptoïde d'un membre à un autre, comme ce fut le cas d'une malade de Buzzard.

Enfin, ces divers phénomènes peuvent se succéder les uns aux autres chez un même sujet. C'est ce qui s'est produit chez un malade du service de M. le professeur Pitres, malade dont M. Dutil (1) a, en partie, rapporté l'histoire, dans un Mémoire paru en 1883, et dont l'observation figure dans la thèse déjà citée de M. Crozes.

Un dernier point enfin de notre observation sur lequel il nous paraît convenir d'insister, c'est la rapidité avec laquelle ont agi chez notre malade les deux vésicatoires circulaires qui, sur nos indications, avaient été appliqués sur le trajet de l'aura.

Assurément, il n'y a pas là un fait isolé. Dans le nombre

---

(1) DUTIL. Des paralysies post-épileptoïdes transitoires (*Revue de médecine*, 1883).

des cas de guérison d'épilepsie partielle par les vésicatoires volants publiés jusqu'à ce jour, il en est quelques-uns où l'on a pu voir la disparition des crises se produire aussi rapidement. C'est le cas, par exemple, du malade atteint d'épilepsie partielle sensitive, dont M. Pitres a raconté l'histoire dans un article que nous signalons plus haut(1), lequel fut débarrassé de ses crises, datant de deux ans, par l'application presque coup sur coup de deux vésicatoires au-dessus du poignet droit, siège de l'aura sensitive. Néanmoins, les faits de ce genre sont quelque peu exceptionnels et, d'ordinaire, ce n'est qu'après un assez certain nombre d'applications successives de vésicatoires qu'on obtient un résultat satisfaisant.

Quelquefois, le nombre de ces vésicatoires doit être assez considérable. L'observation suivante, inédite, que M. le professeur Pitres veut bien nous communiquer, en nous autorisant à la publier, en est une preuve. Il est vrai qu'il s'agissait, ainsi qu'on va le voir, d'un cas autrement grave que le nôtre.

D... Evariste, né à Biscarosse (Landes), maréchal-ferrant, âgé de 15 ans, entre dans le service de M. le professeur Pitres, le 22 novembre 1890, pour des attaques d'épilepsie jacksonnienne.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de D... sont vivants et bien portants. Le père, douanier, n'accuse aucune habitude alcoolique et est d'un caractère doux et paisible. — La mère est nerveuse, impressionnable, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle prétend avoir eu une émotion très vive au moment de la naissance du malade.

---

(1) Pitres. Des épilepsies partielles sensitives (*Arch. Clin. de Bordeaux*, *loc. cit.*).

Le grand-père paternel de D... est mort à 58 ans d'un rhume négligé. — La grand-mère paternelle est morte en couches. — Du côté maternel, le grand-père est mort dans un état de vieillesse très avancée, mais il présentait un caractère très violent et emporté. — La grand'mère maternelle est encore vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, dans sa première jeunesse, une rougeole qui guérit vite et complètement. A douze ans, scarlatine. Jamais il n'a eu de convulsions, jamais d'accidents choréiformes.

Maladie actuelle. — A Noël de l'année 1889, D... fut pris d'une attaque subite. Il avait soupé vers huit heures, comme à l'ordinaire, sans avoir fait aucun excès ni de nourriture ni de boisson, et s'était couché, s'étant rapidement endormi, lorsque vers neuf heures, soit une heure après, son père entendit une sorte de ronflement sonore ressemblant plutôt à un grognement intermittent. S'approchant du lit, il trouve le malade les yeux ouverts et hagards. Il lui demande la cause de ce bruit ; D... répond qu'il n'a rien, et son père se recouche. — Vers onze heures, même bruit. D... père se lève de nouveau et trouve son fils, les yeux fermés, cette fois, mais les globes oculaires roulant sous les paupières. La bouche est tordue et convulsée, mais il n'y a pas d'écume. Hors le ronflement noté à la première crise, le malade n'a poussé aucun cri. Les quatre membres sont agités de secousses convulsives, et le malade tomberait de son lit s'il nétait retenu. Il y a en même temps émission d'urine et morsure de la langue. L'attaque dure un quart d'heure environ, puis D... ouvre légèrement les yeux et s'endort sans avoir parlé ni repris connaissance.

Le lendemain, à son réveil, le malade accusait seulement de la faiblesse générale. Celle-ci persista pendant quelques jours, puis tout sembla rentrer dans l'ordre. — D... reprit son

métier, ne conservant qu'un vague souvenir de ce qui avait pu se passer.

Il n'y songeait même plus du tout, lorsqu'en septembre 1890, étant en train de forger, il ressentit en même temps qu'une grande faiblesse dans la main gauche, une sensation indéfinissable siégeant principalement dans le médius et l'indicateur, mais qui bientôt gagna progressivement le bras gauche, puis le bras droit et la jambe gauche. A ce moment il perdit connaissance et tomba. — Le même jour, D... eut une seconde crise en tous points semblable à la précédente, et dont la durée fut d'environ trente minutes.

Douze jours après, nouvelle crise analogue.

Le 11 novembre, dans l'après-midi, il en a trois autres séparées par de très courts entr'actes. Elles le surprenaient hors de chez lui, sur les quais et sur le cours d'Alsace et Lorraine. Ramené à son domicile, il est, de six heures du soir à minuit, assailli de crises multiples et presque continues.

D'ordinaire, à chaque crise, l'aura met environ dix minutes pour se généraliser. Aussi le malade a-t-il le temps de se coucher soit sur son lit, soit à terre. Pendant tout ce prologue de l'attaque et jusqu'au moment où il perd connaissance D... se rend parfaitement compte de ce qui va arriver. Il a appris depuis à arrêter la généralisation de l'aura en plongeant aussitôt sa main dans l'eau froide. Il ne pousse aucun cri, mais il se plaint par cet espèce de grognement dont il a été question. Pendant l'attaque, la face est congestionnée et violette, il y a du mâchonnement, enfin vomissements alimentaires et émission d'urine.

Jamais, durant l'aura qui précède la crise générale, le malade n'a éprouvé de sensation de boule, et d'autre part, il n'a jamais invoqué comme cause occasionnelle d'aucune de ses attaques une contrariété quelconque.

Dans la nuit du 20 au 21 novembre, D... a eu deux nouvelles crises en tous points semblables aux autres et d'une durée moyenne d'un quart d'heure. La première attaque s'est pro-

duite vers deux heures du matin, la seconde vers trois heures et demie.

C'est à la suite de ces dernières crises qu'il entre à l'hopital Saint-André, service de M. le professeur Pitres.

Etat actuel. — D... présente toutes les apparences de la meilleure santé. Il est de taille moyenne, légèrement élancée, sa physionomie est intelligente, mais est revêtue d'une légère teinte de mélancolie. — Depuis son entrée dans le service, il est calme et il dort bien.

Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. L'appétit est excellent, les digestions sont faciles; pas de constipation, pas de diarrhée.

L'appareil respiratoire ne présente rien d'anormal ni à la percussion ni à l'auscultation.

Le cœur bat normalement. Aucun souffle organique. A noter seulement un souffle extra-cardiaque assez faible mais cependant appréciable. Ce souffle qui existe dans le décubitus dorsal cesse complètement dans la position assise et debout.

Rien à noter du côté des organes génito-urinaires.

La mobilité est parfaite. Tous les muscles présentent leur développement normal.

La force musculaire mesurée au dynamomètre donne : à droite 33 kilogr., à gauche 29 kilogr.

La sensibilité tactile, la sensibilité à la piqûre, enfin la sensibilité thermique sont normales sur tout le corps ainsi que sur les muqueuses.

Les pupilles présentent une très légère inégalité, celle du côté droit étant plus dilatée que celle du côté gauche. — Elles réagissent du reste parfaitement à la lumière, à la douleur et à l'accommodation. — L'examen du fond de l'œil ne révèle rien.

Le reflexe pharyngien est conservé.

Les reflexes patellaire et plantaire sont normaux.

Les reflexes tendineux du poignet sont bien conservés et

présentent même une certaine brusquerie du côté gauche, point où débute l'aura épileptique.

27 novembre. — D... ressent un début de crise qui part, comme toujours, du petit doigt de la main gauche. L'aura remonte assez lentement le long du bras, et le malade, en comprimant fortement avec son mouchoir l'avant-bras, parvient à en empêcher la généralisation. Il lui vient seulement un fourmillement qui persiste quelque temps dans la main gauche.

29 novembre. — Ce jour-là, le malade éprouve un second début de crise analogue à celui du 27. Il l'arrête de la même façon.

Un vésicatoire circulaire est alors appliqué au poignet gauche, immédiatement au-dessus des apophyses styloïdes. Ce vésicatoire, large de cinq centimètres environ, présente une longueur suffisante pour entourer complètement l'avant-bras. — Il est enlevé au bout de 24 heures. La vésication y est bien faite sous tous les points, et un véritable collier d'exsudat entoure le poignet. Durant ces 24 heures, D... n'a eu aucun début de crise.

Du 29 novembre au 3 décembre, le malade a ressenti par trois fois son aura dans le petit doigt de la main. A chaque fois l'engourdissement est remonté jusqu'au niveau de l'emplacement du vésicatoire, et là, a disparu, sans que D... ait eu besoin d'user du stratagème employé précédemment pour l'arrêter.

Le *3 décembre, un second vésicatoire* est placé au-dessus de l'emplacement du premier. Son application était justifiée par une douleur assez vive et continue, et par un début de crise que le malade avait eu le matin même, et dont le point de départ siégeait au-dessus du précédent vésicatoire. Le deuxième vésicatoire, large de trois centimètres et circulaire, prend comme l'autre, parfaitement. Aussitôt après son application la douleur disparait, et D... ne ressent plus rien jusqu'au 10 décembre.

Le *10 décembre*, D... ressent, dans la matinée, une douleur

-dessus du point où a été placé le second vésicatoire. Un but de crise s'est même produit en ce point; mais le ılade l'a arrêté par la compression. *Un troisième vésica-:re* circulaire est immédiatement appliqué au-dessus du écédent. La douleur disparaît presque aussitôt. Mais, au ut de deux jours, elle se manifeste au-dessus du pli du ude.

12 Décembre. — Pendant la nuit, D... a ressenti l'aura à ce rnier niveau et dans la région supérieure de l'avant-bras. On plique en ce point *un quatrième vésicatoire circulaire*, et, mme précédemment, la douleur disparait presque aussitôt.

'6 Décembre. — L'aura se produit au-dessus du pli du ude, au niveau du tendon du biceps. *Un cinquième vésica-:re*, de même forme que les précédents, est placé sur cette gion. Presque immédiatement la douleur cesse. Désormais, reste, elle ne se fera plus sentir au bras gauche.

20 Décembre. — Le malade qui, depuis quatre jours, n'avait ssenti ni douleurs ni début de crise, sent l'aura se produire ns l'index et le médius de *la main droite*. Trois fois dans matinée, cet accident se reproduit, mais cependant sans que ura se généralise. — *Un vésicatoire circulaire* (*le sixième*) appliqué alors au-dessus du poignet droit, en un point nétrique du premier. La douleur disparait et rien ne sur-nt pendant six jours.

Au bout de ce temps, réapparition de la douleur au-dessus l'endroit où le dernier vésicatoire a été placé, puis débuts crises assez fréquents, mais facilement arrêtés par la com-ession, et partant toujours du poignet droit.

Le *31 Décembre*, on place *un septième vésicatoire circulaire* médiatement au-dessus du précédent. La douleur et l'aura ittent brusquement et définitivement le bras droit, comme es l'ont fait pour le bras gauche.

Le *4 Janvier*, la douleur se manifeste dans la jambe droite -dessus des malléoles. D... ressent en ce point un début

de crise qu'il a beaucoup de peine à arrêter. Enfin, ses vo sins lui viennent en aide, et, par la compression énergique (la cuisse, la généralisation de l'aura peut être évitée. Immédi tement on procède à l'application d'un *huitième vésicatoi* au-dessus des malléoles. Comme toujours la douleur cesse l'aura ne se révèle plus.

Le *7 Janvier* elle se produit au mollet droit. Par tro fois, le malade ressent l'aura à ce niveau, mais jamais el ne se généralise. *Un neuvième vésicatoire circulaire* e appliqué au niveau de la portion la plus saillante du molle et la douleur disparait aussitôt.

10 Janvier. — Une légère douleur se manifeste dans l jambe droite, au-dessous du genou. On y applique un *dixièm vésicatoire* circulaire, et la cessation de tout symptôme dou loureux succède à cette application.

16 Janvier. — D... accuse à la partie antérieure de l'épaul gauche une douleur analogue à celle qui accompagne chaq aura. Il n'y a pourtant pas d'aura proprement dite. On appliq néanmoins un petit vésicatoire carré (*onzième vésicatoire*) d 5cm/5 cm., sur le point douloureux, et bientôt celui-ci se dissip

Le *26 Janvier*, légère douleur dans la cuisse gauche. Ell persiste pendant trois jours environ. Comme le malade n' plus d'aura, on n'emploie plus aucun vésicatoire. Une injectio d'éther du volume d'une demi-seringue de Pravaz est fait au point douloureux. D... éprouve une violente cuisson q dure plus d'une heure, puis un engourdissement de la cuis qui persiste toute la journée. Finalement l'une et l'autre di paraissent.

Depuis ce jour D... a signalé deux fois un peu de douleu mais sans aura, en avant de l'épaule gauche. L'injectio d'éther précédente ayant été péniblement supportée par l malade, on se borne à lui faire à ce niveau une injectic sous-cutanée d'un centimètre cube d'eau distillée et la doule se dissipe immédiatement.

A partir de ce moment le malade n'a plus ressenti ni douleur ni aura. Il quitte l'hôpital le 16 février 1891.

Le *30 Mai*, D... est rencontré à Libourne par M. le professeur Pitres. La guérison persiste depuis plus de trois mois et l'état général est excellent.

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Vapeur surchauffée pour l'extirpation des échinocoques de la rate (Sméguirieff, *Berliner Klinik*, avril 1895). — L'auteur s'est servi, dans un cas d'intervention chirurgicale contre un kyste hydatique de la rate, de la vapeur surchauffée qui avait déjà donné ses preuves dans l'extirpation des tumeurs des organes parenchymateux.

Il s'agit d'une femme atteinte de kyste hydatique de la rate. L'auteur s'est demandé tout d'abord s'il vaut mieux extirper la rate ou se contenter seulement de l'énucléation de la tumeur. S'étant décidé pour la dernière alternative, il dirigea sur la grande extrémité de la tumeur un jet de vapeur sous l'influence duquel le parenchyme splénique s'anémia et se durcit. On pratiqua alors, sans hémorrhagie aucune, une incision longue de 7 pouces qui mit à nu la tumeur. L'hémorrhagie profonde, survenue pendant l'énucléation de la tumeur, fut arrêtée net par un jet de vapeur dirigé vers la profondeur : on réussit de la sorte à énucléer toute la tumeur, à part une petite portion très vasculaire dans le voisinage du hile. Ayant appliqué de la vapeur sur les vaisseaux à leur embouchure dans la tumeur, on arriva à énucléer, sans perdre une goutte de sang, tout le sac de l'échinocoque déjà rompu.

Après l'énucléation de la tumeur, l'auteur se mit à suturer la rate : mais par suite d'un éclairage défectueux, il fit la ponction de l'artère splénique, d'où hémorrhagie profuse. L'application de la vapeur sur le vaisseau fit arrêter immédiatement l'hémorrhagie : mais l'artère brûlée par la vapeur se thrombosa, et l'auteur pratiqua l'extirpation de la rate par crainte de la nécrose consécutive de cet organe. Les suites post-opératoires furent tout à fait normales : jamais de fièvre, plaie guérie par première intention.

Il résulte donc de cette observation que la vapeur surchauffée est un excellent hémostatique des hémorrhagies parenchymateuses de la rate. Par suite de la mollesse et de la friabilité du tissu splénique, on prendra garde de ne pas appliquer la vapeur sous forte pression, mais de diriger toujours le jet de vapeur obliquement sur les parties qui donnent du sang; on agira de même contre les hémorrhagies hépatiques. Au contraire, en cas d'hémorrhagies osseuses, c'est à la vapeur sous forte pression qu'il faut avoir recours.

L'appareil employé est constitué : 1° d'une petite marmitte pour la vapeur surchauffée ; 2° d'un tube en gutta-percha, long de 0m,50; 3° d'un tube fenêtré avec rigole pour injecter la vapeur dans l'utérus et 4° d'un tube métallique pour conduire la vapeur. Quant aux hémorrhagies d'autres organes, il sera alors nécessaire de se munir de différents autres tubes calibrés et diversement fenêtrés. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 19, p. 384 et 385.)

Pansements permanents à l'alcool dans le traitement des phlegmons et d'autres inflammations (Salzwedel, *Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift*, XXIII, 1895). — S'agissait-il d'inflammations phlegmoneuses légères, le pansement permanent à l'alcool agissait presque comme un médicament abortif. Dans les cas plus graves le ramollissement et la fonte s'accomplissaient en très peu de temps et il se forma bientôt des abcès circonscrits remplis de pus fluide. On se

servira, pour les pansements, de l'alcool à 60-90 degrés ou de l'eau de Cologne.

Voici la technique préconisée par l'auteur :

Après avoir nettoyé soigneusement à l'éther la peau de la partie enflammée et recouvert de gaze iodoformée ou de gaze aseptique les plaies existantes, on recouvre le tout d'une couche modérément épaisse d'ouate dégraissée imbibée d'alcool, et l'on met ensuite dessus une substance imperméable qui, tout en entravant l'évaporation, ne l'empêche pas tout à fait : dans ce but la substance imperméable sera coupée en lanières ou munie de trous. On ne négligera pas cette dernière précaution, sous peine de voir autrement l'alcool agir comme caustique.

Le pansement sera renouvelé toutes les vingt-quatre heures. On laissera encore ce pansement pendant plusieurs jours après la disparition complète de la tuméfaction. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, juin 1895, p. 351.)

Médecine générale.

De l'influence des mouvements fébriles artificiellement provoqués sur la guérison des troubles mentaux (B. Nagy, *Orvosi hetilap*, 1895, n° 9). — Indépendamment de v. Wagner, l'auteur a pratiqué des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine qui ont causé l'élévation de température jusqu'à 39° C. Il a traité de la sorte les trois cas suivants :

1° Une femme atteinte, depuis 13 ans, de temps en temps d'excitation maniaque. Le lendemain, après l'injection de 0gr,5 d'essence de térébenthine, l'état mental redevint normal et resta tel jusqu'à la sortie de la malade. La fièvre a duré de quatre à cinq jours.

2° Une femme atteinte pour la première fois de confusion mentale avec dépression. Injection sous-cutanée de 0gr,25 d'essence de térébenthine : le lendemain la malade a récupéré toutes ses facultés mentales. Cette amélioration persista pen-

dant vingt jours, après quoi elle fut de nouveau atteinte de confusion mentale.

3° Une femme atteinte de confusion mentale d'origine hystérique, avec apathie absolue : l'injection d'essence de térébenthine fut suivie de l'amélioration de l'état psychique, la malade devint plus communicative. Rechute après treize jours de guérison apparente.

Ainsi que l'a fait v. Wagner, l'auteur est d'avis qu'il vaut la peine de continuer ces expériences. (*Therapeutische Wochenschrift,* 1895, n° 19, p. 385.)

Indications du traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par A. Heydenreich (*Sem. méd., juin 1895*). —

D'après l'auteur, il faut réserver l'intervention chirurgicale aux cas sérieux dans lesquels le traitement médical n'a donné aucun résultat.

Faire courir les risques d'une opération s'il y a menace de mort par les progrès de la maladie.

L'indication de l'intervention chirurgicale se pose nettement lorsqu'il y a une forte dyspnée due à une compression de la trachée.

Dans les cas inquiétants, avec cœur dégénéré et système nerveux fortement atteint, on se rappellera que l'opération, bien que très grave, offre peut-être au malade la seule chance de salut.

L'intervention chirurgicale étant décidée, on peut avoir recours à deux méthodes : la thyroïdectomie partielle ou totale et la ligature des artères thyroïdiennes, abstraction faite de l'exothyropexie sur les résultats de laquelle nous n'avons encore que des données contradictoires.

On évitera autant que possible la thyroïdectomie totale qui expose l'opéré à la cachexie strumiprive. On aura recours à la thyroïdectomie partielle, ou à l'énucléation des nodules goitreux quand elle sera possible.

Coup de chaleur : Son traitement, par Vansalon (*Journal des praticiens, juin 1895*). — Notre confrère de la marine donne à propos d'un coup de chaleur traité par lui, sur un soldat, quelques indications sur la conduite à tenir en semblable circonstance (*Archives de la méd. navale*, mai 1895, p. 574).

Le traitement de l'hyperthermie par les affusions froides, qui paraît être la première des indications dans le coup de chaleur, doit être employé avec circonspection ; il n'est pas toujours étranger au collapsus. On surveillera donc avec soin l'état du cœur et on interviendra sans retard quand on le verra faiblir.

Les injections hypodermiques d'éther d'abord, de caféine ensuite, sont un excellent moyen de combattre ce collapsus.

Dans le coup de chaleur, les voies respiratoires sont encombrées par des mucosités sanguinolentes très épaisses dont il est indispensable de provoquer l'expulsion. La titillation de la luette est un moyen prompt et efficace pour obtenir ce résultat.

Les tractions rythmées de la langue, combinées avec l'aspersion d'eau glacée sur le visage et le thorax, sont supérieures à la respiration artificielle pour provoquer le reflexe respiratoire.

On y insistera malgré les difficultés qu'oppose à cette manœuvre la contracture des mâchoires.

Pharmacologie.

Contribution à l'étude de l'idiosyncrasie envers certains médicaments (Baer, *Therapeutic Gazette*, 15 mars 1895). — L'auteur essaie de démontrer que l'idiosyncrasie envers certains médicaments n'est pas un simple jeu de la nature, mais qu'elle sert d'expression à la surexcitabilité du système nerveux sympathique dans sa totalité ou dans certaines de ses

parties. Il y a un rapport intime entre l'idiosyncrasie envers certains médicaments et le tempérament de l'individu en question.

Pour combattre l'idiosyncrasie envers un médicament déterminé, il faut ou se prendre contre l'hyperexcitabilité elle-même ou administrer, outre le médicament en question, encore un autre médicament qui, tout en ne contrecarrant pas l'action du premier, diminue ou fait disparaître l'excitabilité exagérée; c'est ainsi, par exemple, que l'action paralysante de la quinine sur le sympathique sera annihilée par l'administration simultanée de l'atropine, qui n'interfère en rien avec ses propriétés antimalariques.

En règle générale, l'idiosyncrasie n'est pas limitée à un seul médicament, mais s'étend sur tout un groupe à action physiologique analogue. Ainsi l'atropine et le camphre exercent d'une manière semblable une influence irritante sur le cerveau : aussi les sujets atteints d'idiosyncrasie envers l'atropine, le sont-ils également envers le camphre.

Il ne faut non plus perdre de vue que, chez les sujets idiosyncrasiques, l'action du médicament ne change pas de nature, mais seulement de degré. En effet, c'est une règle générale en physiologie, que toute surexcitation amène en fin de compte l'hyperexcitabilité et que tout excès d'action inhibitoire arrive à paralyser le centre inhibitoire ; de même aussi la différence entre l'action des doses élevées et de petites doses du même médicament est due à ce qui l'emporte l'un sur l'autre, de l'effet inhibitoire ou de l'effet stimulant. Or, on comprend aisément que, en cas d'hyperexcitabilité du système nerveux sympathique (c'est-à-dire, dans l'idiosyncrasie), une dose relativement peu élevée peut déjà amener l'excitation exagérée du sympathique et en fin de compte en provoquer la paralysie. C'est ainsi, par exemple, que le calomel, qui est un stimulant du plexus solaire, peut produire chez les sujets idiosyncrasiques la paralysie de ce même plexus. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 21, p. 444.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement de la coqueluche par le bromoforme et l'antispasmine (M. Stooss, *29 medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenners'schen Kinderspitals in Bern im Laufe der Jahre*, 1891-1894). — Dans ces dernières années l'auteur n'a traité la coqueluche que par le bromoforme et l'antispasmine, et les résultats obtenus par lui peuvent être considérés comme très satisfaisants.

Le bromoforme donne, dans la plupart des cas, la diminution très marquée de la fréquence et l'atténuation de l'intensité des accès. Quant à la durée de la maladie, il est impossible d'affirmer avec certitude qu'elle aurait été abrégée. Chez les enfants au-dessous d'un an, il survint parfois, après l'administration du bromoforme, une légère narcose qui, du reste, n'a pas eu d'effet nocif sur les petits malades. C'est à cause de cet effet secondaire désagréable que l'auteur, dans ces deux dernières années, s'est servi exclusivement de l'antispasmine (mélange de narcéine sodique et de salicylate de soude).

Ce médicament, introduit dans la pratique par Demme et puis essayé par Rabow et Frühwald, s'est montré très efficace dans 200 cas de l'auteur. Son action sur les accès de toux n'était pas toujours identique. Dans la majorité des cas l'antispasmine commence par diminuer immédiatement l'intensité des accès, tandis que leur fréquence ne fut abaissée que plus tard; mais il y avait aussi des cas où, sans influencer notablement dès l'abord l'intensité des accès, elle en diminua d'une manière frappante la fréquence. La durée totale de la maladie fut-elle bien abrégée? L'auteur n'ose pas l'affirmer catégoriquement. Mais il semble incontestable que l'antispasmine a rendue plus bénigne la marche de la maladie et notablement en adoucit l'apogée convulsive. Le médicament est bien supporté même par les enfants âgés seulement de quelques mois.

A part une légère tendance vers la constipation, pas d'effets secondaires fâcheux sur l'estomac, ni l'intestin.

L'antispasmine fut administrée, aux enfants au-dessous de un an, à la dose de 0gr,01 à 0gr,015 répétée trois ou quatre fois par jour, et à la dose de 0gr,02 (trois à quatre fois par jour) chez les enfants de un à trois ans; les enfants plus âgés recevaient jusqu'à 0gr,04 par dose. Les enfants en bas âge prenaient, dans la pratique policlinique, le médicament en solution à 0,2 0/0, de sorte que 10 grammes de la solution correspondaient à 0gr,02 de spasmine. On recommandait aux parents d'administrer la mixture immédiatement après les accès.

Enfin, il faut remarquer que l'on peut recommander l'antispasmine comme calmant contre la toux atroce des enfants atteints de rougeole : l'auteur l'a trouvée très efficace dans tous les cas observés par lui. (*Therapeutische Monatshefte*, 1895, juin, p. 321.)

Maladies de la peau et syphilis.

Contribution à l'action et aux applications des injections intraveineuses de sublimé recommandées par Baccelli (Dinkler, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, n° 18-20). — Baccelli qui a imprimé une impulsion nouvelle au traitement de la syphilis par le sublimé en injections intra-veineuses, insista surtout sur la rapidité de son action et sur l'absence complète de tout danger de thrombus. Ce mode de traitement fut essayé par l'auteur dans neuf cas (8 hommes et une femme); pour les autres sujets où l'on avait institué le même traitement, on fut obligé de les laisser bientôt de côté et de cesser les injections.

De l'avis unanime de nombreux médecins, ces injections ne sont applicables que dans un nombre restreint de cas bien définis. C'est ainsi que chez les femmes, surtout jeunes, les

veines sont étroites, si petites, recouvertes d'une couche adipeuse si épaisse que, dans la majorité des cas, il n'y a pas même lieu de songer d'essayer chez elles les injections intraveineuses. Même parmi les hommes dont les veines sont plus spacieuses et situées plus superficiellement, on n'en trouve pas plus de 30 0/0 chez lesquels ces injections soient applicables.

Quant au lieu d'injections, ce sont chez l'homme les veines superficielles du bras et de l'avant-bras qui présentent le lieu d'élection.

La technique de l'injection n'est pas si simple que le prétend Baccelli. Après avoir lavé à l'alcool et au sublimé la peau de l'avant-bras (ou de la cuisse, s'il y a lieu), on appliquera la bande d'Esmarch en prenant soin de ne compriner que les veines qui font immédiatement saillie sous la peau sous forme de cordes épaisses. On prescrit au malade de tenir, autant que possible, immobile l'extrémité sur laquelle on va opérer. On enfoncera sous un angle aigu presque parallèment à la surface de la peau, l'aiguille très aiguë et courte ajustée à la seringue à ballon de Koch remplie de sublimé; la canule a-t-elle pénétrée selon l'art dans la veine, on retirera alors la bande, on ouvrira la vis du ballon et on poussera lentement et sous pression constante le contenu de la seringue dans la veine; après quoi la seringue sera retirée rapidement. L'hémorrhagie légère sera arrêtée par le massage et le déplacement de la peau recouvrant la veine. La solution de sublimé a-t-elle pénétré dans le tissu périvasculaire, les malades se plaignent immédiatement de douleur intense et il se forme presque instantanément une infiltration.

Baccelli débute par 0gr,001 pour une seule dose et remonte graduellement jusqu'à la dose maxima de 0gr,008; d'autres auteurs ont employé des doses plus élevées allant jusqu'à 0gr,012. L'auteur se sert d'une solution de sublimé dans l'eau salée à 1 à 2 0/00, avec la dose maxima de 0gr,01.

Ayant fait soigneusement nettoyer la bouche des malades,

l'auteur n'a jamais observé de phénomènes toxiques généraux; mais en revanche, il survient des processus thrombotiques que l'auteur considère comme conséquences inévitables des injections intra-veineuses de sublimé : la rapidité et l'intensité de la coagulation sanguine dépend de la concentration de la solution employée et de la durée de son action sur les parois veineuses. Les injections de $0^{gr},01$ de sublimé peuvent être suivies de thrombose complète dès le troisième jour. Le thrombus consécutif aux injections de sublimé à petite dose, est cupiliforme et n'intercepte pas toute la lumière du vaisseau, mais après les injections des doses élevées (au-dessus de $0^{gr},05$) la veine est complètement oblitérée : il arrive parfois que, après un nombre considérable d'injections, il faut supprimer le traitement faute de trouver une veine appropriée dans laquelle on pourrait pratiquer l'injection. On ne rencontre que rarement de la sensibilité à la pression et des phénomènes inflammatoires. Les parties thrombosées des vaisseaux disparaissent complètement dans quelques mois. Les thromboses sont survenues aussi dans les expériences sur les animaux. On n'a non plus réussi à la prévenir en se servant des solutions de sublimé dans les peptones. Il importe donc de prévenir les malades de ne pas exécuter de mouvements violents avec les membres sur lesquels les injections sont pratiquées.

Il est incontestable que, en influençant directement les parois vasculaires, les injections intraveineuses de sublimé amènent la guérison rapide et sûre des processus syphilitiques. Mais, en revanche, le revers de la médaille est chargé d'ombres, ce procédé exige des conditions anatomiques spéciales, il provoque des thromboses et ne met à l'abri de la récidive que pendant un laps de temps très court : il ne peut donc remplacer partout les médications hydrargyriques usitées jusqu'à présent. Toutefois, grâce à son action rapide, cette méthode est indiquée contre la syphilis maligne, surtout la syphilis du système nerveux central ; après avoir combattu

par les injections de sublimé les symptômes menaçants, on instituera immédiatement ensuite ou même simultanément le traitement par frictions hydrargyriques. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 22, p. 465 et 466.)

REVUE DES LIVRES

Thérapeutique.

A LA LIBRAIRIE RUEFF ET Cie, 106, boulevard Saint Germain :

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. Albert ROBIN, de l'Académie de Médecine.

Vient de paraître le deuxième fascicule, consacré au TRAITEMENT DES MALADIES DES REINS. Prix : 6 francs.

Nous avons déjà annoncé (voir le n° du 15 août dernier) l'apparition de cet important ouvrage et annoncé les conditions de sa publication.

Le nouveau fascicule contient les articles suivants :

Congestion rénale ; traitement hydrominéral des albuminuries d'origine fonctionnelle ou rénale ; — traitement médical des pyélites ; — traitement de l'hémoglobinurie ; — traitement de la chylurie ; — traitement de la lipurie, par M. Albert Robin.

Indications thérapeutiques générales ; — traitement des néphrites, par M. A Brault.

Régime des albuminuriques, par M. J. Teissier.

Traitement de l'hématurie, de l'anurie et de la polyurie, par M. A. Ducamp.

Traitement de la lithiase rénale, par M. Dreyfus-Brisac.

Dégénérescences rénales et tuberculose du rein, par M. Audry.

Traitement du cancer du rein, par M. Chandelux.

Traitement de l'urémie, par M. J. Renaut.

Traitement du rein mobile, par M. A Mathieu.

A LA LIBRAIRIE G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain :

Traitement de la syphilis, par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital Ricord (hôpital du Midi). 1 vol in-8° : 15 francs.

Nul n'était plus à même pour écrire un livre sur la syphilis que l'éminent praticien Charles Mauriac.

Après avoir parcouru rapidement dans son introduction les principales phases de la syphilis pendant quatre siècles, le docteur Mauriac entre dans le corps de l'ouvrage qu'il a divisé en trois livres. Le premier livre est consacré à la thérapeutique générale de la syphilis. Le second livre a pour objet le traitement des diverses manifestations syphilitiques. Le troisième livre, enfin, se divise en deux parties : le traitement et la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Pathologie interne.

A LA LIBRAIRIE ASSELIN ET HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine :

Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par autointoxication d'origine gastro-intestinale, par le Dr Emile BOIX, interne lauréat des hôpitaux, 1 vol. in 8° de 200 pages, avec 2 pl. en chromolithographie.

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur l'excellent et remarquable travail de M. Boix. C'est une œuvre originale des plus intéressantes dans ses déductions thérapeutiques.

L'auteur montre que les fermentations vicieuses du tube digestif peuvent à elles seules, et sans aucune intervention de l'alcool, provoquer la cirrhose. Son opinion est appuyée sur des expériences de physiologie et des examens anatomo-pathologiques des plus probants. Il crée donc le *foie dyspeptique* comme nouvelle entité morbide. Il en découle une considération thérapeutique importante, c'est que toutes les fois que l'on aura constaté des troubles de fermentation chez des cirrhotiques, surtout au début, il faudra les considérer souvent comme des phénomènes primitifs et non secondaires et établir une thérapeutique gastrique, seule capable de juger, s'il en est temps, l'affection du foie.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, par le Dr J. SÉGLAS, 1 vol. in-8° de 835 pages avec 6 figures dans le texte. Prix : 14 francs.

L'auteur a réuni dans ce gros volume toutes les leçons qu'il a

ités depuis ces huit dernières années dans son service de la Salpêtrière.

Les lecteurs, médecins et étudiants même, le liront avec fruit, car l contient toutes les idées nouvelles sur les diverses formes de maladies mentales, avec l'exposé des meilleures méthodes d'examen. La forme oratoire, adoptée par l'auteur, a l'avantage d'être plus suggestive et d'évoquer plus facilement la réalité.

Gynécologie.

A LA LIBRAIRIE BATTAILLE ET Cie, 23, place de l'École-de-Médecine :

De la stérilité chez la femme, par le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, professeur adjoint de la Maternité de Paris, rédacteur en chef des *Archives de Tocologie*, 1 vol. grand in-8° jésus, avec 106 figures. Prix : 5 francs.

Après avoir exposé les données les plus récentes sur la fécondation, l'auteur étudie en détail toutes les causes susceptibles d'y mettre obstacle chez la femme.

Il distingue les *causes anatomiques*, se rattachant à l'état maladif des organes génitaux, les *causes fonctionnelles*, dépendant d'anomalies dans l'accomplissement de l'acte sexuel, et les *causes* générales et vagues.

Chacune d'elles, envisagée d'abord au point de vue anatomo-pathologique, puis comme obstacle à la fécondation, est l'objet d'une discussion détaillée, ayant trait à la meilleure thérapeutique à appliquer pour la conception,

L'ouvrage ne contient pas moins de 106 figures destinées à faciliter la compréhension du texte.

A une époque où la dépopulation prend une si effrayante proportion, l'ouvrage de M. Auvard, le plus important et le plus complet sur cet intéressant sujet, est un guide sûr et précieux. Il sera consulté avec fruit par les praticiens et spécialistes.

Déontologie.

A LA LIBRAIRIE BAUDRY, 82, rue Saint-Jean, Saint-Quentin.

Le Médecin dans la société actuelle, par le Dr LÉON CASSINE, président de la Société des Médecins de l'Aisne.

Nous sommes heureux de signaler à nos confrères ce petit opus-

cule, qui peut servir de guide à l'étudiant et au praticien au point de vue de la situation morale faite au médecin à notre époque.

L'auteur étudie, avec une grande bonne foi et une rare honnêteté, une série nombreuse de cas de conscience souvent très délicats. Un grand nombre des phrases de l'ouvrage pourraient être détachées sous forme d'aphorismes, ce qui est une preuve de la maturité des idées de l'écrivain.

A LA LIBRAIRIE MALOINE, 21, rue de l'École-de-Médecine :

Le Médecin militaire, par le Dr GILS, médecin major de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Briançon, 1 vol. in-18 de 350 pages. Prix : 4 francs.

Cette petite monographie du rôle militaire du médecin sera lue avec fruit par tous les membres du corps de santé, et surtout par ceux qui appartiennent à la réserve et à la territoriale. On y trouve tous les renseignements techniques nécessaires sur le rôle du médecin au point de vue du service, et en outre une étude très intéressante sur la situation et les devoirs moraux qui incombent en toute circonstance à l'officier du corps de santé.

Hygiène publique.

Mariages consanguins et dégénérescence, par le Dr E. LAURENT, 1 vol. in-18 cartonné, de 70 pages. Prix : 2 francs (Maloine, éditeur).

En quelques pages très commentées, l'auteur étudie, avec chiffres statistiques à l'appui, l'influence néfaste de la consanguinité chez l'homme et chez les animaux. Le livre est lu rapidement et traite très sérieusement cette intéressante question à l'ordre du jour, à cette heure où l'on s'intéresse à tout ce qui peut être une cause de dépopulation.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 173.11.95.

TOXICOLOGIE

Traitement de l'empoisonnement.

Par le Dr G. BARDET.

Il arrive très fréquemment que le médecin se trouve appelé auprès d'un malade qui vient d'être empoisonné, volontairement ou accidentellement. Dans ces cas beaucoup de praticiens se trouvent embarrassés ; les traités de toxicologie sont surtout remplis de notions de physiologie et de chimie et la partie traitement y est le plus souvent sacrifiée.

De plus, si l'on envisage les indications thérapeutiques qui sont fournies par la plupart des auteurs, on trouve une quantité considérable de prescriptions vieillies, parfois dangereuses et le plus souvent inutiles.

Il nous a donc paru intéressant de profiter des éléments d'un travail que nous avons fait pour l'article *empoisonnement* : *Traité de thérapeutique* de M. Albert Robin (1) et de grouper dans un petit nombre d'articles le traitement des principaux cas d'empoisonnement en nous attachant à ne prescrire que des mesures logiques et aussi peu nombreuses que possible, pensant rendre ainsi service à quelques-uns de nos lecteurs.

Généralités.

Il y a empoisonnement lorsqu'une substance capable de nuire a été introduite dans l'organisme.

(1) *Traité de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de Albert Robin, 2e fascicule, Rueff et Cie éditeur, Paris, 1895.

Quoique les effets directs de contact soient les mêmes, l'application extérieure d'une drogue irritante ou corrosive ne provoque pas d'empoisonnement, il y a seulement une action pathologique qui relève de la chirurgie. L'empoisonnement ne commence que lorsqu'il y a introduction dans la circulation d'une quantité suffisante du poison. Ainsi l'application d'acide phénique sur la peau provoque une brûlure, dont le traitement appartient au chirurgien, mais après dénudation de la peau attaquée il peut y avoir introduction du poison dans l'organisme, à ce moment des phénomènes généraux, de véritables empoisonnements se manifesteront et c'est le médecin qui sera chargé de combattre par des moyens appropriés l'intoxication dont souffrira le malade.

Toute substance capable de nuire est poison, donc l'intoxication pourra provenir de l'introduction dans l'organisme d'un poison extérieur ou d'un poison propre à l'organisme lui-même.

Dans la première hypothèse, la fièvre typhoïde serait un empoisonnement aussi bien que le morphinisme; dans la seconde l'embarras gastrique dû à la résorption des toxines de l'intestin, serait une intoxication au même titre que l'absorption d'une dose toxique d'atropine.

Cette manière de voir, en rapport avec l'état actuel de la science, élargit singulièrement notre sujet, mais il le complique en même temps d'une telle façon qu'il est nécessaire de rétrécir le cadre, au moins dans l'exposé des données pratiques et usuelles du traitement de l'empoisonnement.

Nous en pouvons cependant tirer une indication précieuse pour le tracé des grandes lignes de la thérapeutique des empoisonnements.

Il faudrait en effet considérer ceux-ci comme de véritables maladies et les traiter comme telles.

ɔoint de vue du diagnostic, l'intoxication typhoïde inique quelconque est due à une cause plus ou moins ·e et d'origine souvent inconnue et toujours involon- ɹ'empoisonnement au contraire est dû à l'introduction 'organisme d'une substance déterminée, presque tou- ɔonnue et parfois introduite volontairement dans la ıtion.

s, au point de vue des effets, l'évolution des phéno- se ressemble singulièrement, l'organisme est troublé ɔon fonctionnement général, certains organes sont articulièrement impressionnés et il en résulte un état ogique spécial presque toujours facile à reconnaître. cas d'empoisonnement, le médecin a donc un rôle ·acé, c'est de reconnaître le plus rapidement possible, ɔervant des signes mis en évidence par le toxicologue, ıon absorbé et par suite le genre de la maladie pro- ɜ. Cela fait il a devant lui un malade atteint d'une on particulière et il doit le soigner, suivant le cas, ɜ il traiterait un malade atteint de la même façon et es mêmes organes par une cause se rattachant à la ogie générale.

effet, le temps des contre-poisons et des antidotes a la doctrine des antagonistes doit être considérée ɜ surannée et le médecin qui veut rendre de réels ɜs à son malade, en cas d'empoisonnement, doit voir oses d'une façon beaucoup plus rationnelle et plus qu'autrefois.

ı'explique :

ɔi un sujet empoisonné par la strychnine. Il est atteint es convulsives des plus dramatiques dont chacune me- e mettre l'individu dans l'impossibilité de suffire aux ıns circulatoires et respiratoires. Le centre médullaire ıché énergiquement et tout le système moteur est n état d'hyperexcitabilité.

Si nous suivions les vieux toxicologues, nous devrions 1° chercher à évacuer le poison par des vomitifs et par de saignées; 2° administrer des réactifs capables de faire ave la strychnine des sels insolubles dans l'eau et les acides 3° donner des antidotes ou antagonistes appropriés.

Mais en suivant la méthode nouvelle nous considéreron le strychnisme comme un état pathologique établi, dan lequel il faut surtout chercher à éliminer le poison e mettant l'organisme à même de résister aux phénomène propres à la maladie, c'est-à-dire en cherchant à diminuer sinon à supprimer, l'énergie des convulsions dues à l'éta d'hypersténie de la moelle. Dans ces conditions, nou nous garderons bien d'administrer des vomitifs de peur d superposer une intoxication nouvelle à la première, dan un organisme déjà affaibli, mais nous laverons l'estoma avec le tube de Debove en ajoutant (seulement par acqui de conscience) à l'eau du lavage un précipitant de la stry chnine.

Nous éviterons l'emploi d'un antagoniste (curare pa exemple) qui est toujours un autre poison, mais nous administrerons les médicaments capables de lutter contre l'irritation de la moelle, chloroforme et chloral en inhalatio et en injections hypodermiques ou même veineuses d'aprè la méthode d'Oré, malgré le danger de ces dernières.

Nous aurons ainsi chance de diminuer les crises convulsives. En même temps nous augmenterons l'activité éliminatoire du rein par des moyens appropriés, au besoin pa des injections veineuses de sérum artificiel.

Ces prescriptions sont logiques et répondent bien à la manière de voir que nous exposons.

Celle-ci d'ailleurs possède un autre avantage, c'est de simplifier la classification de l'empoisonnement en groupant ensemble les drogues susceptibles de produire sinon les mêmes effets au moins des effets du même ordre, c'est-à-

dire d'attaquer les mêmes organes et en les combattant alors par les mêmes procédés.

Dans ces conditions, après un court chapitre destiné à donner à grands traits la thérapeutique générale des empoisonnements, nous diviserons notre sujet de la manière suivante :

I. *Poisons susceptibles d'exercer une action locale.* — Les substances de ce groupe exercent une action irritative et destructive sur les tissus qu'elles touchent, ce sont les *acides* et les *sels acides*, les *bases* et *sels basiques*, enfin toutes les substances minérales, végétales ou animales irritantes.

Ces poisons, quelque différente que puisse être leur constitution ou leur nature, ont une action à peu près semblable, ils provoquent une réaction générale, inflammatoire et dépressive, proportionnelle à la surface touchée, la thérapeutique que nous pouvons leur opposer est presque toujours la même.

En conséquence les subdivisions à établir sont peu nombreuses.

II. *Poisons qui exercent une action générale, après introduction dans la circulation.* — Ce groupe, beaucoup plus important que le premier, comprend en réalité toutes les substances généralement connues sous le nom de poisons.

Pour plus de clarté dans l'exposition et en ne tenant compte que des phénomènes dominants de l'empoisonnement nous établirons les groupements suivants :

Poisons du cerveau et du système nerveux sensible.

Poisons du système nerveux moteur.

Poisons du cœur.

Poisons respiratoires.

Poisons généraux.

Nous ne nous dissimulons pas que cette classification est

tout empirique. L'action des drogues est d'une complexi beaucoup plus grande, le plus souvent les divers systèm sont successivement touchés les uns après les autres et est bien difficile, dans le plus grand nombre des cas, d'a tribuer à un poison une action absolument élective. Ma cependant, dans la crise physiologique il y a presque to jours une dominante et c'est elle qui nous guidera pour ét dier les divers agents d'empoisonnement.

Cette classification et surtout les rattachements que no y ferons des divers substances, s'écartent beaucoup d groupements d'Orfila, de Tardieu de Rabuteau et des autr toxicologues, mais elle a pour effet de simplifier l'expo de la thérapeutique de l'empoisonnement, ce qui nous amené à la préférer sans que nous ayons la prétention c lui reconnaître une valeur quelconque.

Pour nous en tenir à la donnée réelle de ce trava nous devrions passer sous silence la scène toxique et no consacrer exclusivement à la thérapeutique. Cependan comme il est bien difficile d'appuyer un traitement sa parler au moins des symptômes généraux de l'empoiso nement, nous ferons précéder les indications thérapeutiqu d'une courte revue des phénomènes toxiques.

Il va sans dire que dans un travail aussi court que celu ci il est impossible de consacrer un article spécial à chacu des toxiques. Nous tracerons donc seulement les grand lignes du traitement, en tenant compte de la communaut toujours fréquente, des indications et nous nous content rons de donner une courte note spéciale aux divers poison quand la chose sera absolument nécessaire.

Thérapeutique générale de l'empoisonnement.

Tout médecin appelé auprès d'une personne atteint d'intoxication est capable de rendre les plus grands ser

vices à son malade, s'il connaît bien sa thérapeutique, s'il raisonne bien, s'il est secondé par un pharmacien intelligent c'est-à-dire assez consciencieux pour avoir toujours dans son officine les substances qui peuvent être nécessaire en cas de danger.

Malheureusement, il règne encore tant d'incertitude dans la manière de traiter l'intoxication, que le médecin, d'une part, et le pharmacien, d'autre part, se trouvent trop souvent désarmés daus beaucoup de cas. Et cependant il y a un bien petit nombre d'indications importantes à remplir et avec un peu de prévoyance, il serait facile aux intéressés d'être toujours parés aux plus pressantes nécessités.

Dans une intoxication il y a deux phases bien différentes, d'abord la scène toxique aiguë, toujours inquiétante, parfois dramatique, où la vie du malade est dans un danger imminent et pendant laquelle l'intervention est urgente; puis après cette première scène s'établit la seconde partie de l'empoisonnement, qui devient chronique et pendant laquelle le médecin n'a plus devant lui qu'un malade ordinaire chez lequel la thérapeutique devient facile à prescrire comme à exécuter.

C'est seulement pendant la scène aiguë, qu'il est nécessaire d'agir avec rapidité et vigueur; or, dans tous les cas les indications varient peu, il faut être prêt à évacuer rapidement le contenu de l'estomac, ce qui est une indication capitale et pour cela se servir d'un tube à lavage quelconque. L'emploi de l'ipéca, de l'émétique ou de l'apomorphine comme vomitifs doit être aujourd'hui condamné dans les empoisonnements par poisons généraux; on doit leur préférer la moutarde et le sulfate de zinc, et encore cette pratique doit-elle être abandonnée au traitement de l'intoxication pour certains poisons corrosifs, quoique, même dans ce dernier cas, le vomitif soit de beaucoup inférieur au procédé mécanique du lavage, qui a le grand avantage

d'entraîner les particules du poison logées dans les moindres replis de la muqueuse. Le tube à lavage est donc un appareil d'urgence que l'on doit toujours être à même de se procurer dans un très court intervalle de temps; il serait donc très utile d'en prescrire la possession aux pharmaciens.

Le liquide du lavage pourra, suivant les indications spéciales, être soit de l'eau pure ou glacée, soit une solution de calmants quelconque, surtout de cocaïne (0gr,10 à 0gr,50 par litre, par exemple en cas de brûlure de l'estomac). Si l'on arrive à temps, on peut aussi espérer détruire sur place une partie du toxique en ajoutant à l'eau de lavage une petite quantité de réactif susceptible de former un sel insoluble avec le poison.

Aussitôt après le lavage de l'estomac on doit terminer, quand il s'agit d'un empoisonnement général, par le dépôt d'une dose assez élevée de purgatif. Au besoin on pourra avantageusement ajouter à cette précaution l'administration d'un lavement purgatif, c'est un excellent moyen d'amener une évacuation rapide du poison passé dans l'intestin et de favoriser l'élimination de celui qui a déjà pu être entraîné dans la circulation générale.

Si l'urgence est sérieuse, le médecin peut aussi utiliser le tube, après lavage, pour déposer dans l'estomac une certaine quantité de médicaments (café noir par exemple en cas d'intoxication par l'opium), particulièrement des diurétiques, car il est important de ne pas oublier le rein dans l'élimination du poison.

Après le lavage de l'estomac et l'administration d'évacuants, il se présente rarement plus de quatre grandes indications dans la crise aiguë des empoisonnements, indications qui correspondent aux troubles nerveux les plus inquiétants pour le malade et qui sont les suivants :

1. Le malade a de l'anémie cérébrale ou de la syncope.

2. Le malade a de l'asphyxie, soit par trouble fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire, soit par suite de troubles chimiques du côté du sang.

3. Le malade tombe dans le collapsus par paralysie cérébrale.

4. Au contraire, le malade a une excitation considérable du système nerveux, avec ou sans crises convulsives.

Dans tous ces cas l'intervention est urgente, et pour intervenir il faut posséder les armes nécessaires qui sont :

1° Les inhalations de *nitrite d'amyle*, puis les injections de *caféine* ou l'ingestion de préparations à base de *trinitrine* ou nitro-glycérine, contre la syncope ;

2° Les *inhalations d'oxygène* toutes les fois où la respiration est compromise et l'asphyxie imminente, et quel qu'en soit la cause. Comme moyen ultime on peut combiner à ce moyen la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue ;

3° Les stimulants généraux et particulièrement les *injections hypodermiques d'éther* dans le collapsus ;

4° Les calmants et surtout le *chloral* ou le *chloroforme* en cas d'excitation et de convulsions.

Le *nitrite d'amyle* employé en inhalations, à la dose de quelques gouttes sur un mouchoir ou sur un tampon d'ouate hydrophile, jouit de la propriété de provoquer immédiatement un état congestif de la région céphalique, il est donc le meilleur agent capable de lutter contre l'anémie cérébrale et l'état syncopal qui la suit. A ce titre le nitrite d'amyle est un médicament précieux qui mérite mieux que le quasi oubli dans lequel on le tenait hier encore, probablement par ignorance de ses propriétés. Une récente discussion provoquée par le professeur Hayem à la Société de médecine des hôpitaux vient de rappeler l'attention sur ce précieux agent.

La *trinitrine*, nom chimique de la *nitroglycérine*, et la

caféine ont des effets identiques, quoique plus lents, elles peuvent toutes deux s'employer par l'estomac ou par la voie hypodermique.

On emploie la trinitrine à l'état de solution officinale dans l'alcool à raison de 1 de produit actif pour 99 parties d'alcool à 90°. La dose maxima est de 3 à 6 gouttes en cas d'empoisonnement, diluée dans un peu d'eau. Pour la voie hypodermique on peut employer la formule suivante :

Eau distillée..........................	10 grammes.
Solution au centième de trinitrine......	30 gouttes.

On connait le mécanisme de l'action de l'oxygène et de l'éther, nous n'avons donc pas à insister sur ce sujet.

Le chloroforme est un excellent antispasmodique par son action rapide sur les centres nerveux. Il rendra donc d'excellents services dans les cas de crises convulsives et d'agitation violente consécutives à une intoxication, mais il va sans dire que son emploi doit être délaissé toutes les fois où l'empoisonnement aura touché le cœur.

Le chloral administré à haute dose en potion ou en injections hypodermiques fournit une arme puissante contre les convulsions cloniques et toniques. Le professeur Lewin, dans son travail sur l'empoisonnement et sa thérapeutique rejette pourtant ce procédé en raison de son action certaine sur le cœur.

Nous ne partageons pas l'avis de l'éminent auteur sur ce sujet et nous pensons au contraire que le chloral est le meilleur sinon l'unique agent thérapeutique à opposer à l'intoxication convulsive.

Le cas de Faucon et Debierre, après un empoisonnement par dose massive de strychnine est là pour le prouver.

Il est toujours facile de se procurer en quelques instants du chloral, du chloroforme ou de l'éther, mais il n'en est pas de même des autres produits. Beaucoup de pharma-

ciens manquent de nitrite d'amyle ou de trinitrine et bien peu sont en mesure de fabriquer instantanément une certaine quantité d'oxygène.

Or on peut affirmer que si le médecin pouvait toujours avoir à sa disposition des ballons d'oxygène, il serait à même de sauver bien des malades, noyés, puisatiers ou vidangeurs asphyxiés par des émanations toxiques, asphyxiés par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage, etc.

D'autre part, une grande quantité de poisons alcaloïdiques provoquent de l'anémie cérébrale avec des crises de syncope et ces symptômes graves seraient combattus avec le plus grand avantage par le nitrite d'amyle.

Nous recommandons donc à nos confrères l'étude de ces *desiderata*, croyant qu'il suffirait d'un conseil donné aux pharmaciens de leur voisinage, pour les mettre à même de posséder en cas de besoin les armes les plus nécessaires pour combattre l'empoisonnement.

Poisons exerçant une action locale.

§ 1er. Groupement des poisons. — Les substances capables d'attaquer les tissus sont nombreuses.

En première ligne viennent les acides et les sels acides qui se rencontrent dans le commerce et sont employés à des usages commerciaux : acides minéraux et en première ligne l'*acide sulfurique*, puis les acides *chlorhydriques* et certains chlorures corrosifs tels que le *sublimé*, le *perchlorure de fer* et le *chlorure de zinc* ; l'*acide azotique*, les *nitrates acides* ou caustiques, tels que le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure qui agissent d'abord comme corrosifs avant de provoquer des troubles généraux, l'acide *acétique*, l'acide *tartrique*, l'acide *oxalique* et l'oxalate acide de potasse, l'acide *phénique*, etc.

A côté des acides peuvent se grouper quelques corps tels que le *chlore*, l'*iode* et le *brome* dont l'action est corrosive au même titre, et aussi les *hypochlorites* qui agissent par le chlore qu'ils dégagent.

Les bases alcalines, *potasse* et *soude*, et leurs *carbonates* neutre, l'*ammoniaque*, occasionnent aussi d'assez fréquents empoisonnements.

Dans les règnes végétal et animal, une grande quantité de plantes ou d'animaux peuvent fournir des produits capables d'exercer une action irritante, violente et dangereuse, tels le *croton*, le *mancenilier*, les *poivres*, *cantharides*, etc.

En un mot toute substance minérale ou organique, capable d'irriter ou altérer les tissus, agira comme toxique quand ils seront ingérés.

§ 2. Intoxication. — La scène toxique, dans l'empoisonnement par substances corrosives, peut être aiguë ou devenir chronique ; on peut observer des phénomènes généraux après les phénomènes locaux.

Le premier effet du poison est d'occasionner une irritation violente qui se produit, avec les acides ou sels acides, par une altération des muqueuses, dont la couche épithéliale est d'abord détruite puis par des désordres plus ou moins importants dans les tissus profonds, lésions qui peuvent aller jusqu'à la perforation des organes, surtout de l'estomac et de l'œsophage.

Ces désordres, purement physiques, s'accompagnent de vomissements et de douleurs violentes et, par réflexe, d'un état nerveux grave, occasionné par le *schok* traumatique éprouvé par le malade. Aussi dans bien des cas le patient tombe-t-il dans le collapsus et meurt-il avant même qu'une réaction inflammatoire ait pu se produire.

Dans d'autres cas le malade succombe au bout de quelques jours seulement, soit après des perforations viscérales, qui entraînent une péritonite, soit après les phénomènes inflammatoires et infectieux qui suivent l'escharrification du tube digestif.

Au cas où le malade survit, il persiste toujours des accidents graves du côté des organes digestifs, rétrécissements ou même atrésie complète ; dans tous les cas, il reste un état de gastrite aiguë qui demande des soins longs et minutieux.

Ces phénomènes sont surtout ceux qui accompagnent l'intoxication par les acides et les bases ou leurs sels ; la scène pathologique ne dépasse presque jamais l'estomac, cependant il faut noter qu'avec les alcalins (potasse et soude) il y a des évacuations alvines abondantes, tandis qu'avec les acides la constipation est presque toujours la règle.

L'acide *sulfureux*, le *chlore*, le *brome*, l'*ammoniaque*, produisent une inflammation locale s'ils sont absorbés, mais c'est là un cas des plus rares et le plus souvent ils produisent surtout des désordres par inhalation. Dans ce cas les terminaisons bronchiques sont violemment irritées, cautérisées, d'où altération de l'épithélium et congestion pulmonaire intense parfois très grave, pouvant amener une pneumonie mortelle.

L'acide *oxalique* est capable d'agir comme irritant local, mais il amène en même temps des phénomènes généraux qui en font un poison respiratoire ou du sang.

Il est d'autres acides capables de produire des effets généraux après avoir été introduits dans l'économie, en outre des effets locaux de destruction qu'ils peuvent causer par simple contact ; ce sont les acides aromatiques du genre phénol, tels que l'acide phénique et l'acide crésylique. Leur thérapeutique relève naturellement des toxiques du

même genre et nous les retrouverons dans les chapitres suivants.

Les substances végétales ou animales irritantes provoquent, comme les acides et les bases, une action locale violente, mais la destruction des parties touchées est moins vive, moins brutale, il y a surtout une phlogose intense, qui tend à devenir chronique. Avec la cantharide il se produit une action générale et une irritation rénale bien connue.

§ 3. Traitement. — Le résumé pathologique que nous venons de faire nous a montré que les désordres qui commandent l'intervention sont les suivants : *destruction des tissus* par action chimique, *douleur*, *collapsus* et, en cas de période chronique, *phlegmasies viscérales* prolongées.

C'est donc à ces éléments morbides que le médecin doit chercher à s'attaquer le plus tôt possible, attendu que le temps presse.

L'évacuation rapide du poison est nécessaire, pour cela on fera si l'on peut un lavage au tube ou à la pompe avec un lait de chaux ou de magnésie, de craie ou même de cendres, s'il s'agit d'acides. Au contraire, si le malade a avalé de la soude ou de la potasse, ou un sel basique, le lavage sera fait avec une solution acide étendue, eau vinaigrée par exemple. S'il s'agit d'un empoisonnement par sel caustique métallique, on ajoutera à l'eau de lavage un sel capable de faire avec le poison un autre sel insoluble : eau albumineuse salée pour le nitrate d'argent, eau albumineuse simple ou lait pour le nitrate acide de mercure.

Le lavage doit être rapide et prolongé. Si le lavage mécanique est impossible on fera boire abondamment le malade et l'on tâchera d'évacuer le liquide médicamenteux ingéré, par vomissement provoqué mécaniquement, plutôt que par vomitif, ceux-ci seront employés seulement en cas d'absorption de poudres végétales irritantes.

Contre la douleur atroce qui torture le malade on administrera avantageusement une solution de cocaïne (0gr,10 à 0gr,50 pour un litre d'eau), prise à raison d'une cuillerée à soupe de temps en temps. Si le malade est fatalement condamné, en raison de la nature et de la quantité de poison ingéré, le médecin ne doit pas hésiter à calmer par des injections répétées de morphines les intolérables douleurs du malheureux.

Contre le collapsus, le refroidissement et l'état nerveux spécial à ces empoisonnements par corrosifs, on emploiera les stimulants généraux, mais par voie hypodermique, car on conçoit sans peine qu'il faille, autant que possible, ménager l'estomac dont l'état inflammatoire rend d'ailleurs très douteuse la faculté d'absorption.

En cas de convalescence ou d'inflammation viscérale chronique, la diète la plus sévère doit être gardée par le malade, le régime lacté est même la règle. Il ne faut pas oublier en effet que, dans bien des cas, la mort survient des semaines après la crise aiguë, à la suite de larges escharrifications.

Pour prévenir l'état infectieux que ne manquent pas d'amener ces larges escharres, il est prudent d'instituer, pour les convalescents, un traitement antiseptique interne.

Les phénomènes congestifs pulmonaires dus à l'inhalation de vapeur ou de gaz irritants (chlore, brome, acide sulfureux, ammoniaque) doivent être combattus comme les accidents pulmonaires du même genre. On a conseillé de faire inhaler au malade des vapeurs telles que l'ammoniaque ou le sulfhydrate d'ammoniaque (pour le chlore), dans le but de neutraliser le gaz toxique. C'est là un procédé dangereux et pour le moins inutile, car le désordre est déjà produit et ne peut que s'accroître par l'inhalation de nouvelles vapeurs toxiques d'un autre genre.

Pour le chlore et le brome nous pouvons conseiller la

respiration de vapeurs d'alcool éthylique, qui au moins n'offrent aucun danger et peuvent, théoriquement tout au moins, transformer le chlore en éther chlorhydrique non irritant et au contraire anesthésique.

La respiration d'un peu d'oxygène, pour compléter la respiration, devenue trop amoindrie par la congestion pulmonaire, est le meilleur traitement de ce genre d'intoxication par le poumon. On y peut ajouter des inhalations calmantes de vapeurs anesthésiques.

L'empoisonnement par la cantharide, en outre de l'action irritante locale et des réactions qu'elle provoque, s'accompagne d'une suppression absolue de la fonction rénale. Il en résulte un accès aigu de toxihémie qui doit être traité comme l'accès d'urémie, en outre du traitement local approprié d'après les données générales que nous avons indiquées.

Les phénomènes locaux produits par l'ingestion des substances végétales irritantes, croton, essences aromatiques, poivres, résines d'euphorbe, farine de moutarde, seraient traités par la même méthode, c'est-à-dire évacuation et lavage ou au défaut de celui-ci, vomitifs, boissons émollientes, cocaïne, opium, régime lacté et antisepsie interne. En général, quoique l'état général réflexe puisse produire des accidents graves et même la mort, les phénomènes sont moins inquiétants qu'avec les acides et les bases fortes *si la première période peut être surmontée heureusement par le malade*, dans ce cas la guérison est la règle après une convalescence plus ou moins longue et pénible ; avec ces derniers au contraire la mort est toujours à craindre, même après des semaines de traitement et on peut comparer la convalescence des brûlures internes par acides et bases à la convalescence des fièvres typhoïdes très graves.

(A suivre.)

ODONTOLOGIE

Traitement de la maladie de Fauchard,

Par F. Touchard,
Chirurgien dentiste de la Faculté de médecine,
Professeur suppléant à l'école dentaire de Paris.

Le traitement de la maladie de Fauchard, gingivite expulsive, pyorrhée alvéolo-dentaire, comprend deux ordres l'indications :

Celles qui sont relatives à l'état général;

Celles qui dérivent de l'état local.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette affection, Fauchard et Jourdain, la considéraient comme incurable, regardaient la perte des dents comme fatale et devant survenir à bref délai et en conseillaient l'extraction comme le seul moyen de guérison; mais cette extraction ne fait que devancer de peu la chute spontanée et n'a même pas, comme on l'a cru, l'avantage de limiter la maladie.

Bourdet et Toirac songèrent à soigner la dent et à la conserver et eurent recours au traitement chirurgical, mais sans succès.

La plupart considérant l'affection comme au-dessus des ressources de l'art, se contentèrent d'un traitement palliatif, d'une thérapeutique de symptômes : limage des dents devenues trop longues, ligature des dents ébranlées à l'aide d'un fil en florence (Guebey) ou d'un fil d'argent, cravate de coton autour de l'ivoire dénudé des racines pour diminuer la sensibilité aux températures extrêmes pendant l'ingestion des liquides (David), traitement de la gingivite par les dérivatifs, sétons, purgatifs (Oudet), cautérisation au nitrate d'argent, application d'alun (Velpeau et Bauchet) attouche-

ment à la teinture d'iode (Marchal et Delestre), au perchlorure de fer (Vidal), au chlorure de zinc (Després).

Magitot préfère l'emploi de l'acide chromique qu'il promène sur la partie antérieure du collet de la dent après avoir enlevé les dépôts de tartre. Il y adjoint les pastilles de chlorate de potasse à la dose de 1 à 3 grammes par jour, les émissions sanguines locales au moment des poussées inflammatoires contre l'atonie des gencives, il emploie aussi les teintures de cochléaria et de cresson du Para en attouchements, les frictions avec des quartiers d'oranges et de citron, et comme traitement général, des dérivatifs, des toniques, des purgatifs doux et répétés, l'hydrothérapie.

Aguilhon de Sarran est aussi partisan de l'acide chromique, mais à la condition qu'on y adjoigne un moyen d'empêcher la suppuration ou tout au moins de drainer le clapier purulent; ce moyen consiste pour lui à traverser le fond du clapier par un séton de soie floche qu'on laisse en place. La difficulté opératoire et le drainage insuffisant ont fait abandonner le procédé.

M. Després, se basant sur sa théorie pathogénique, préconise aussi l'extraction de la dent qui peut être utile dans certains cas, mais dont les indications sont limitées aux dents trop resserrées dans une arcade alvéolaire trop étroite. Andrieu a proposé également chez l'enfant l'extraction de la première grosse molaire inférieure pour faire place aux autres comme moyen préventif au début.

Nous arrivons maintenant au traitement chirurgical employé encore actuellement par quelques auteurs.

Bourdet et Toirac pratiquaient la section d'un lambeau de gencive en forme de V, la pointe dirigée vers le sommet de la dent, avec cautérisation sur les bords de la plaie. C'est ce traitement que préconise le docteur Cruet avec plus de rigueur et auquel il donne le nom de méthode chirurgicale.

La méthode de Toirac est ainsi modifiée par Cruet (Th. de

Richer) : excision combinée à la cautérisation énergique; incision aux ciseaux de la gencive jusqu'au fond du sillon de décollement, section des lambeaux latéraux, le plus près possible de la limite de décollement. Le galvanocautère est énergiquement promené sur les bords de la plaie : on se sert de la cocaïne, au besoin; avant l'opération, nettoyage complet de la bouche et enlèvement du tartre; après l'opération, lavage avec des solutions antiseptiques à l'acide borique, salicylique ou phénique, avec le sublimé, etc. Ce traitement peut se faire quand l'affection ne s'étend pas à plus de deux ou trois dents, mais les dents se trouvent ainsi déchaussées sur une hauteur variable, ce qui donne un aspect horrible à la bouche dans les cas étendus; c'est alors un procédé barbare que tout le monde n'accepte pas volontiers.

D'ailleurs, le tartre se reproduit de même que la suppuration et tout est à recommencer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de gencives.

On emploie aussi un traitement chirurgical connu sous le nom de méthode de Riggs, qui consiste à racler la dent aussi profondément qu'il est possible et à réséquer le bord alvéolaire. Cette méthode est presque abandonnée. En 1883 le docteur Ferrier, cité dans la thèse de Richer, emploie un traitement peu différent de celui de Cruet; il fait son incision au galvanocautère et cautérise à l'acide chromique. Le docteur Galippe recommande la destruction partielle du rebord gingival, pour supprimer les clapiers, suivie de lavages au sublimé. Comme on peut s'en rendre facilement compte aujourd'hui avec les connaissances bactériologiques actuelles, la plupart des caustiques agissent surtout comme des agents antiseptiques énergiques.

Les méthodes américaines d'Atkinson et de Harlan sont une combinaison des caustiques et des antiseptiques. Atkinson emploie tout d'abord dans la période d'état et

quand il y a congestion l'eau de Rabel injectée à la dose quelques gouttes dans les poches alvéolaires ; puis applique à plusieurs reprises une pâte composée de potas caustique et d'acide phénique; il complète par des irrig tions intra-alvéolaires de solutions hydrargyriques à 1 2 p. 1,000, mélangées à parties égales d'eau oxygénée pu et des gargarismes au naphtol.

Harlan emploie des moyens peu différents : comme s mulant 5 à 10 p. 100 de solution de résorcine ou une fail solution d'iodure de zinc, après nettoyage complet avec peroxyde d'hydrogène.

Tous les traitements que nous venons de passer en rev ont été expérimentés par Dubois sans résultats satisfa sants : toutefois cet auteur n'a pas essayé le blinda avec une coiffe de cuivre fixée aux dents solides, préconi par Atkinson et que nous ne faisons que mentionner, c il est peu pratique et laisse les dents atteintes baigné dans le pus. Nous ne retiendrons des deux auteurs amé cains Atkinson et Harlan qu'un seul agent employé p eux et par Dubois, l'eau oxygénée. Voici ce qu'en dit dernier auteur :

« L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments employer contre cette affection (la maladie de Fauchard fût-elle même légèrement acide : à son contact, le tartre dissoud, le microbe meurt, les tissus subissent une excit tion réparatrice, nous ne saurions trop en recommand l'emploi par le dentiste lui-même, car entre les mains d patient elle pourrait par l'usage prolongé amener une déca cification partielle. » Comme Harlan, Dubois a administ l'eau oxygénée à l'aide d'une seringue dentaire munie d'un canule aiguille glissée entre la dent et la gencive.

Nous sommes absolument de l'avis de notre confrèr Dubois sur la valeur de l'eau oxygénée, qui nous a donn des résultats merveilleux dans cette affection comme anti-

septique surtout, aussi bien dans les formes sèches que dans les formes suppurées, mais à une condition, c'est qu'on applique en même temps un traitement général agissant à la fois sur la diathèse arthritique et goutteuse du malade et empêchant la formation du tartre et surtout la reproduction de ce tartre qui contribue à étendre la lésion en profondeur.

Depuis plusieurs années déjà, nous avons expérimenté la valeur thérapeutique et antiseptique de l'eau oxygénée et nous sommes arrivé à ne plus employer que cet agent, qui pour nous est de beaucoup supérieur à tous les autres. L'objection que fait notre confrère Dubois est un peu exagérée, car l'eau oxygénée, même à 12 volumes, ne peut agir que bien faiblement sur la dent au point de vue de la décalcification, et encore faudrait-il que la dent séjournât pendant longtemps dans un bain d'eau oxygénée comme nos expériences nous l'ont démontré, et ce n'est guère qu'au bout d'une dizaine de jours que cette substance peut attaquer l'émail quand la dent y a été laissée.

Voici donc comment nous procédons dans le traitement de la maladie de Fauchard : nous commençons par un nettoyage complet et rigoureux des dents, comme d'ailleurs la plupart des praticiens le préconisent. Après avoir enlevé avec les instruments *ad hoc* et préalablement stérilisés les couches de tartre les plus épaisses, et particulièrement le cercle semi-lunaire en coup d'ongle qui suit le déchaussement progressif de la dent, nous irriguons la gencive jusqu'à propreté complète, et après avoir vidé totalement les foyers alvéolaires s'il y a suppuration ; nous employons comme révulsif et tonique de la gencive un badigeonnage à la teinture d'iode. Tel est le *modus faciendi* dans les cas simples ou lorsque l'affection est prise au début. Dans les cas plus avancés, lorsque la dent est ébranlée ou lorsqu'il y a periostite alvéolo-dentaire avec

suppuration profonde, nous ne craignons pas, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille de platine iridié préalablement rougie, de faire pénétrer vigoureusement le liquide entre la gencive et le périoste en procédant très lentement pour favoriser le contact du liquide avec les parties atteintes.

Lorsqu'il y a ostéo-périostite, nous commençons par le même procédé, auquel nous ajoutons une injection intra-gingivale qui amène une révulsion favorable à l'élimination des agents septiques et oppose un obstacle à leur rapprochement en entraînant en quelque sorte la régénération des tissus gingivaux par oxydation du territoire inflammé. Ce traitement n'occasionne qu'une douleur légère et momentanée et n'a rien de la cruauté du traitement chirurgical préconisé par certains. Nos expériences nous ont même démontré que si une dent malade est isolée des autres, avec ce traitement nous n'avons même pas besoin d'avoir recours à l'adjonction de moyens contentifs destinés à la maintenir à l'aide de ses voisines.

Dès le lendemain du traitement, on voit déjà le tissu gingival débarrassé de l'enduit limoneux qui le recouvrait, perdre son caractère atone, violacé, prendre un aspect plus vivace, s'accoler à la paroi antérieure de la dent qui devient plus solide et empêcher au bout de quelques jours (de trois jours à trois semaines suivant les formes), la suppuration étant tarie, le tartre de venir s'interposer entre la dent et la gencive; enfin on voit la dent elle-même s'acheminer vers la consolidation. Mais ce traitement seul ne peut suffire à arrêter dans l'avenir la reproduction du tartre spécial à la diathèse du sujet. Il faut donc y joindre, même pendant le traitement local, un traitement général de la maladie et de la diathèse; pour nous la substance médicamenteuse la plus utile, et peut-être la seule qui empêche la formation du tartre et modifie la lithiase buccale, n'est

autre que le carbonate de lithine dont l'action dissolvante de l'acide urique et des urates est bien connue (Bouchard, Garrod, Bardet). On administre le carbonate de lithine à la dose de cinquante centigrammes dans un verre d'eau de seltz par vingt-quatre heures et nos malades, après l'amélioration produite par ce traitement combiné, sont justiciables du traitement prophylactique.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un des points les plus importants de la thérapeutique, c'est le traitement prophylactique de la maladie de Fauchard qui consiste à éviter les brosses trop dures et l'abus des dentifrices irritants. Il faudra corriger aussi les vices de position des dents et ne pas craindre de faire extraire préventivement certaines dents. On a proposé d'extraire les quatre dents de sagesse cariées quand les autres sont trop serrées. Contre l'infection microbienne on aura soin de faire nettoyer les dents du patient, pour empêcher l'accumulation du tartre, à l'aide d'une brosse, le matin et le soir ; si malgré ces lavages le tartre continue à se former, le dentiste devra opérer un nettoyage complet et procéder à l'enlèvement de ce dépôt.

Dès l'enfance, pour conserver sa dentition en bon état et éviter les causes qui prédisposent à la maladie de Fauchard, on fera de l'antiseptie buccale, le matin, le soir et après chaque repas avec une solution antiseptique à l'acide borique, au chlorate de potasse, à l'eau phéniquée à 2 p. 1000, etc. Chez les malades atteints d'affections fébriles, de maladies du tube digestif, de diabète, du mal de Bright, on ne négligera pas d'observer une rigoureuse antiseptie, car c'est surtout chez ces sujets que se montre la maladie de Fauchard.

Le traitement préventif peut donc se résumer en deux mots : antiseptie, hygiène de la bouche et des dents dès l'enfance.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne par les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, et des indications de ce traitement.

Par M. le Dr P. Dignat,
Ancien chef de Clinique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Fin.*)

Comment agissent les vésicatoires ainsi appliqués au traitement de l'épilepsie partielle ? A la vérité, personne ne le sait. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il semble y avoir là quelque chose d'analogue à ces faits expérimentaux de Brown-Séquard qui, souvent vit des cobayes préalablement rendus épileptiques par des sections nerveuses, guérir après qu'il leur eût fait une plaie sur une partie de la zone épileptogène (1).

D'autre part, on ne sait pas au juste si la forme des vésicatoires exerce une influence réelle. Bravais a publié un cas de guérison obtenue par des applications de vésicatoires rectangulaires. Dans sa thèse, M. Crozes rapporte que M. Pitres a observé des succès avec des vésicatoires affectant cette forme. Buzzard, cependant, déclare que les vésicatoires en collier ou vésicatoires circulaires entourant toute la circonférence du membre doivent avoir la préférence. C'est également notre avis.

Il en est de même en ce qui concerne le point exact

(1) Brown-Séquard. Faits nouveaux concernant la physiologie de l'épilepsie (*Archives de physiologie*, 1870, p. 516).

d'application des vésicatoires. Ceux-ci doivent-ils être appliqués, ainsi que le recommande M. Pitres (voir thèse de Crozes), au niveau même de l'aura, ou simplement au-dessus du point de départ de celle-ci? Selon nous, la question ne semble pas avoir une très grande importance et nous estimons qu'une révulsion circulaire exercée sur le trajet de l'aura, aussi près que possible de son siège périphérique extrême suffit dans la plupart des cas.

Et maintenant, quelles sont les indications du traitement de l'épilepsie partielle par les vésicatoires? C'est là une question des plus importantes et qui, certes, mériterait d'être traitée avec d'assez longs développements.

Il est évident que tous les cas d'épilepsie bravais-jacksonienne ne sauraient être justiciables de ce traitement et que celui-ci serait absolument illusoire lorsqu'il s'agirait, par exemple, d'une épilepsie partielle ayant pour origine, soit un traumatisme du crâne, soit une tumeur cérébrale, soit enfin des lésions syphilitiques des centres nerveux. En pareil cas évidemment, l'intervention chirurgicale, d'une part, le traitement anti-spécifique, d'autre part, semblent seuls devoir être indiqués.

Mais, à côté de ces faits d'épilepsie corticale à étiologie nettement établie, à côté même des épilepsies symptomatiques d'autres affections organiques du système nerveux, telles que l'hydrocéphalie, la porencéphalie, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement du cerveau, la paralysie cérébrale, la tuberculose, etc., etc., affections en présence desquelles on se trouve à peu près désarmé, il existe une foule de circonstances où l'épilepsie partielle ne constitue que de simples troubles fonctionnels *sine materiâ*.

Or, c'est précisément aux cas de ce genre, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit en général, qu'il convient d'appliquer le traitement par les vésicatoires circulaires.

Nous dirons même plus ; c'est par ce traitement seul, à l'exclusion de tout autre, qu'on devra débuter.

Indépendamment, en effet, des nombreuses chances qu'on aura de provoquer rapidement par ce moyen la guérison ou, tout au moins, l'amélioration du malade, on aura aussi la certitude de ne pas lui nuire, et on lui évitera ainsi les désagréments et quelquefois même les dangers d'une médication interne presque toujours impuissante et de ce fait prolongée outre mesure.

A ce sujet, nous citerons le fait suivant, qui nous est encore communiqué par M. Pitres, et qui justifie pleinement ce qui précède.

Thérèse B..., 17 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 25 avril 1893, salle 7, n° 29, service de M. le professeur Pitres.

Antécédents héréditaires. — Son père, ancien huissier, employé depuis 8 ans à la Bourse, est mort l'année dernière, dans le service (salle 16), à l'âge de 47 ans, deux jours après son entrée à l'hôpital. Atteint de paralysie générale depuis huit mois (troubles de la coordination des mouvements et de la parole), il souffrait en même temps d'une maladie d'estomac qui l'obligea à se soumettre au régime lacté. D'un caractère ordinairement sombre et taciturne, il lui arrivait très fréquemment, raconte sa fille, de s'énerver, de s'emporter même, et dans les derniers temps de sa maladie, il était devenu mauvais et méchant. Marié deux fois, il avait eu trois enfants de sa première femme et neuf de la seconde. De ces douze enfants, cinq sont morts, et tous ont succombé très jeunes, à l'exception de l'aîné, un petit garçon, né du premier mariage, lequel se noya accidentellement à l'âge de six ans. Du reste aucun de ces enfants n'avait présenté rien d'anormal. Un seul avait eu deux ou trois fois des convulsions.

La malade est la première enfant née du second mariage.

La mère, actuellement âgée de 37 ans, est en parfaite santé et n'a jamais été malade.

Les grands-parents, du côté paternel existent encore et sont bien portants. Quant à ceux du côté maternel, le grand-père est mort il y a deux mois « d'un coup de sang » et la grand' mère a succombé à un accident.

Rien à noter du côté des collatéraux.

Quant aux frères et sœurs de Thérèse B.... encore survivants, tous jouissent d'une bonne santé, et aucun d'eux n'a eu d'affection nerveuse.

Antécédents personnels. — Dans le cours de sa première enfance, Thérèse B... aurait eu, paraît-il, une maladie sur la nature de laquelle il lui est impossible de donner aucun renseignement, mais dont elle guérit en tout cas, puisque, durant sa seconde enfance et jusqu'à l'âge de 11 ans, elle présenta tous les signes d'une parfaite santé.

Maladie actuelle. — Un jour, vers cette époque, elle ressentit brusquement et sans qu'elle ait pu attribuer le fait à aucune cause appréciable, quelques contractures d'abord dans le pouce, puis dans les autres doigts de la main droite. En même temps, la paupière supérieure de l'œil droit était agitée de frémissements. Ni les contractures des doigts, ni les contractures de la paupière n'étaient douloureuses. D'ailleurs, au bout de deux minutes, le tout avait cessé et la malade ne se ressentait absolument de rien.

Les mêmes faits se reproduisirent une fois par mois, pendant six mois environ, toujours dans des conditions absolument identiques. Mais au bout de ce temps, la scène se modifia quelque peu.

Certain jour, en effet, et sans que rien ne pût expliquer ce changement, les contractions qui, au moment de chaque attaque, étaient restées jusqu'alors limitées aux doigts de la main droite, gagnèrent l'avant-bras, puis le bras. D'autre part, les contractions qui, primitivèment, étaient localisées à la pau-

pière supérieure droite, envahirent progressivement les divers groupes musculaires du côté droit de la face, puis les muscles du côté droit du cou. Le tout s'accompagnait de douleurs très violentes que la malade caractérise en disant « qu'il lui semblait qu'on lui tordait les nerfs ». Peu après, elle perdait l'usage de la parole, se laissait tomber, conservait encore, mais très vaguement, la notion de ce qui se passait autour d'elle, et finalement, perdait connaissance pendant quelques minutes après lesquelles elle ouvrit les yeux, dit quelques mots, puis s'endormit. A son réveil, elle ne se souvenait de rien.

D'ailleurs, à part peut-être, quelques légers vertiges, l'attaque ne laissa après elle aucun trouble. La malade ne s'était pas mordu la langue, et n'avait pas uriné sous elle.

A partir de ce moment, des crises en tous points semblables à celle-ci se reproduisirent une fois par mois. D'ordinaire il s'en produit deux de suite. La malade prétend même en avoir eu jusqu'à trois. — Une pression énergique du poignet peut souvent arrêter la crise.

Dès le début de ces attaques, soit depuis cinq ans, Thérèse B... a suivi régulièrement le même traitement. Pendant quatre années, elle a pris deux cuillerées de bromure de potassium par jour. Durant la cinquième année, elle en a pris jusqu'à quatre. (La dose moyenne de bromure ainsi absorbé est, après calcul fait, d'environ 6 à 8 grammes par jour.)

Il y a trois mois environ, la malade vint à la consultation. On lui appliqua alors un *vésicatoire* au poignet.

S'étant présentée de nouveau à la suite, il y a une quinzaine de jours, elle déclara que depuis le moment où le vésicatoire avait été appliqué, elle n'avait plus eu de crises. Il lui arrive seulement de ressentir, à divers intervalles, de légères contractions dans le pouce et dans les doigts. D'ailleurs, elle continue toujours à prendre son bromure. Un *second vésicatoire* est appliqué.

Mais, ce n'est pas tant pour les crises dont il a été question

jusqu'ici que pour d'autres accidents, lesquels vont être décrits, que Thérèse B... a demandé à être définitivement admise dans le service.

Il y a un an environ, elle s'était aperçue que sa jambe droite était couverte, depuis le genou jusqu'à la cheville, de plaques rouges, confluentes, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

Ces plaques, qui provoquaient de simples démangeaisons, disparurent au bout de quelques jours, sans traitement, et sans laisser de traces. Mais, en même temps, se formait, au pied du même côté, vers la région plantaire externe, une espèce d'abcès, de la grosseur d'un œuf, lequel s'ouvrait bientôt laissant écouler un liquide assez clair. (On trouve à l'heure actuelle une légère cicatrice à ce niveau.)

Assez longtemps après, soit il y a deux mois, la malade constata la présence, à la région postéro-externe de la cuisse et à la région antérieure du genou, de petites vésicules qui, de blanchâtres qu'elles étaient d'abord, passèrent au rouge violet, et augmentèrent de volume à un point qu'aujourd'hui elles constituent quatre larges plaques de dimensions notables. Une de ces plaques (celle qui était située à la partie supérieure du genou), put cicatriser, mais pour se reformer presque aussitôt. Un pharmacien, consulté à ce sujet, essaya vainement des applications de pommades, de poudres, voir même des cautérisations de nitrate d'argent. Rien n'y fit et Thérèse B... dut prendre le parti d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 25 avril. — La malade quoiqu'étant légèrement anémiée, semble jouir d'une constitution assez robuste.

Le squelette ne présente rien d'anormal. Pas d'exostoses ; crêtes du tibia entièrement intactes.

Articulations saines.

La peau du tronc et de la poitrine ne présente rien de particulier. Il n'en est pas de même de celle des membres.

Sans parler des traces laissées au poignet droit par le

dernier vésicatoire, on constate, en effet, sur le membre inférieur droit la présence de quatre plaques. Une d'elles, située à la région postero-externe de la cuisse, est de forme arrondie, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. Elle est grisâtre et bourgeonnante. Les trois autres plaques siègent à la région antérieure du genou. Celle qui est située tout à fait en haut a la forme d'un ovale transversalement dirigé et mesure deux centimètres de largeur sur un de hauteur. Au-dessous d'elle s'étend, transversalement encore, la seconde plaque : celle-ci est la plus grande; elle mesure trois centimètres et demi de largeur sur deux centimètres de hauteur. Plus en dessous enfin, on voit la troisième plaque, petite, arrondie et de coloration grisâtre. — Toutes ces plaques présentent cette particularité, que si on enlève la croûte qui les recouvre, on trouve une ulcération violacée, saignante, audessous de laquelle on ne constate aucune trace d'infiltration. Elles sont douloureuses à la pression, et occasionnent à la malade de vives démangeaisons.

Les ongles, ne présentent rien de particulier. Celui de l'index de la main gauche manque; il serait tombé il y a fort longtemps à la suite d'une circonstance dont la malade n'a conservé aucun souvenir. Cet ongle n'est plus représenté que par une petite plaque cornée noirâtre.

Jamais Thérèse B... n'a perdu ses cheveux.

Les dents de la mâchoire supérieure, principalement celles de devant et du côté gauche manquent. La plupart de celles qui restent sont gâtées. Ce sont les incisives qui les premières furent atteintes, il y a deux ou trois ans. Elles tombèrent peu à peu, morceaux par morceaux, et sans douleur. —Les autres disparurent de la même façon. — La mâchoire inférieure est en meilleur état. Une grosse molaire à droite, et l'avant-dernière molaire à gauche, sont les seules qui manquent. Cependant toutes les autres, quoique bien plantées, semblent devoir se carier sous peu.

Voûte palatine normale.

Du côté du système nerveux, certains troubles sont à noter. La malade se plaint de tournements de tête et de vertiges, lesquels surviennent environ une fois par mois. — Dans ces moments, elle se sent la tête lourde ; de plus elle est énervée et a envie de dormir. Jamais cependant ces vertiges ne sont suivis de perte de connaissance.

Généralemeut Thérèse B... dort très bien, mais elle a de nombreux rêves, et des cauchemars. Il lui semble souvent qu'elle tombe dans un précipice. Cependant elle ne délire pas.

Depuis cinq ans, époque à laquelle elle a, on le sait, commencé à prendre du bromure, la malade a senti sa mémoire s'affaiblir considérablement. Actuellement elle est dans l'impossibilité de se rappeler ce qu'elle a appris et bien su.

Son intelligence est très affaiblie. Elle répond lentement et paraît alourdie.

Il y a deux ans, elle ne pouvait supporter qu'on la regardât. Elle était souvent agitée de secousses et de frémissements, aussi bien le jour que la nuit.

Rien à signaler du côté de la motricité volontaire. Cependant les mouvements sont un peu lents. — Pas de tremblements.

Reflexes cutanés conservés.

Reflexes rotuliens normaux.

Le reflexe plantaire est absolument intact, ainsi que le reflexe pharyngien.

La sensibilité est normale.

La pupille droite semble être un peu plus petite que la gauche. L'une et l'autre pourtant réagissent normalement à la lumière et l'accomodation se fait bien. — Le champ visuel est normal. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien. Pas de diplopie monoculaire ni binoculaire.

La malade entend bien. Elle n'a jamais eu d'écoulements par ses oreilles. — Lobule adhérent.

Rien à noter du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif.

Rien non plus du côté des organes urinaires et génitaux. — La malade est très bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

1er Mai. — Le bromure est supprimé.

4 Mai. — La malade a eu quatre crises depuis vingt-quatre heures : la première s'est produite hier matin vers dix heures; les trois autres ont eu lieu dans la nuit. Toutes ont été arrêtées par la compression du poignet. — Ce matin, enfin, elle en a eu une nouvelle, arrêtée comme les précédentes.

Application d'un vésicatoire. — Cette application est suivie de sept crises, toutes arrêtées de la même façon.

11 Mai. — Depuis ces derniers huit jours, la malade n'a pas eu de nouvelle crise. Mais aujourd'hui, elle en a une très forte au cours de laquelle elle s'est mordu la langue et a uriné sous elle.

12 Mai. — *Nouvelle application d'un vésicatoire.*

24 Mai. — Aucune crise jusqu'à ce jour où Thérèse B... en a une violente, avec perte de connaissance, miction involontaire et morsure de la langue.

31 Mai. — Trois fortes crises dans l'après-midi. Chaque fois la malade a perdu connaissance.

Depuis le 12 mai, on n'a plus appliqué de vésicatoire.

23 Juin. — La malade qui attend ses règles depuis le 12 juin se plaint de fourmillements dans l'œil et de crampes dans la main du même côté. — On applique aussitôt *un vésicatoire.* — A huit heures du soir, elle a une crise, arrêtée par la compression du poignet . — A trois heures du matin, elle en a une seconde au cours de laquelle elle perd connaissance, se mord la langue et urine sous elle. Cette crise dure sept

minutes. Cependant la malade prétend qu'elle a moins souffert dans celle-ci que dans les précédentes.

24 Juin. — A huit heures du matin, Thérèse B... ressent de légers tremblements dans les doigts de la main droite et dans la paupière supérieure du même côté. Elle a un commencement de crise qui est arrêté par la compression.

Depuis ce moment elle n'éprouve plus aucun symptôme analogue et la malade quitte bientôt l'hôpital.

Elle est revenue dans le service l'année suivante. — L'amélioration a persisté. Toutefois elle a encore eu une crise, mais une seule, dans le courant de l'année. — Les ulcérations sont tout à fait guéries. — Quand à l'état général et à l'état intellectuel, ils sont excellents.

A l'observation ci-dessus, M. le professeur Pitres joint les réflexions suivantes que nous nous bornons à transcrire pour terminer : — « Cette observation, écrit-il, démontre l'inutilité et même les dangers de l'usage prolongé des bromures dans l'épilepsie jacksonienne. La jeune fille qui en fait le sujet était, quand nous la vîmes pour la première fois à la consultation, pâle, fatiguée, alourdie, incapable d'attention et d'application intellectuelles, n'ayant plus de mémoire. De plus, elle avait de larges ulcérations sur les jambes. Qu'étaient ces ulcérations ? scrofuleuses, syphilitiques ou bromiques ? M. Dubreuilh pensa qu'elles étaient uniquement bromiques. De fait, sans aucun traitement général, elles se cicatrisèrent rapidement quand on eût supprimé le bromure. En même temps, la santé revenait, l'attention était plus active, l'intelligence plus vive. Quant aux crises, elles n'étaient pas plus fréquentes, au contraire.

« Quelques vésicatoires ont fait, en somme, plus de bien que plusieurs années de bromure, et en tous cas, n'ont fait aucun mal, tandis que les bromures en faisaient, sans aucune compensation d'autre part, pour la malade. »

* * *

En résumé, des observations et de l'étude qui précèdent, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les vésicatoires circulaires appliqués sur le trajet de l'aura, soit au niveau de son point de départ, soit immédiatement au-dessus, constituent, comme l'ont fait voir quelques auteurs, un mode de traitement des plus efficaces pour combattre certaines formes d'épilepsie partielle à aura motrice ou sensitive ;

2° C'est principalement aux cas d'épilepsie partielle ne relevant ni d'un traumatisme crânien, ni d'une syphilis cérébrale, ni d'une lésion organique des centres nerveux, qu'il convient de réserver le traitement ;

3° L'observation ayant démontré que cette médication réussit dans des cas où d'autres modes de traitement d'un usage plus courant ont échoué, il est bon de lui donner la préférence ;

4° Enfin, cette méthode thérapeutique étant absolument inoffensive, il importe de l'essayer avant toutes les autres, ne serait-ce qu'à l'effet d'éviter aux malades des chances d'accidents toujours possibles avec certaines autres médications, telle que la médication bromurée, par exemple.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Dans le neuvième congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895, de nombreux et importants travaux ont été présentés et beaucoup parmi eux intéressent la théra-

peutique chirurgicale; nous avons pris, parmi ces communications, quelques faits nouveaux et intéressants, nous les publions dans l'ordre de présentation.

PUBLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CONGRÈS DE CHIRURGIE

Résection du canal déférent dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate (Professeur Guyon). — La résection du canal déférent en amenant l'isolement physiologique de la prostate et des testicules produit des modifications notables du côté de la prostate qui peut s'atrophier à la longue. Cette opération prouve une amélioration marquée chez les prostatiques. Elle met le malade à l'abri des orchites infectieuses qu'on observe si souvent après le cathétérisme. La technique est simple : de chaque côté et à 2 centimètres de la ligne médiane on pratique une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres qui permet de découvrir facilement le cordon spermatique. On isole le canal déférent, on le dénude, puis on le résèque sur une étendue de 4 centimètres environ, en sectionnant son extrémité inférieure d'abord, puis son extrémité supérieure.

Traitement chirurgical de l'angiocholite infectieuse (Professeur Terrier). — Lorsque les voies biliaires sont gravement infectées, il faut avoir recours à une intervention chirurgicale préférable à la thérapeutique médicale. L'opération consiste dans l'ouverture de la vésicule (*cholecystostomie*) dont les avantages sont les suivants :

1° Le liquide septique de la vésicule est évacué; 2° les calculs, qui souvent sont la cause des accidents, sont extraits; 3° les voies biliaires accessoires deviennent accessibles et la bile, qui s'écoule par les fistules que l'on crée, balaie pour ainsi dire les parois des canaux et entraîne mécaniquement les éléments septiques qui les encombrent. Cette bile s'échappant directement au dehors, l'on n'a plus à craindre, dès lors,

les accidents de résorption intestinale qui se traduisent, du côté des reins, par des désordres très graves.

Sur la dérivation des matières appliquées systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum (Professeur Demons, de Bordeaux). — Cette méthode consiste, pour l'œsophage, dans certains rétrécissements cicatriciels infranchissables, ou difficiles à franchir, ou rebelles à la dilatation, à faire une gastrostomie préliminaire (procédé de Franck). Quand le malade est bien rétabli de cette opération et se nourrit bien depuis quelque temps par cette bouche artificielle, on attaque le rétrécissement œsophagien, soit par la dilatation graduelle, soit par l'œsophagotomie interne ou externe. Lorsque le rétrécissement a été détruit complètement on ferme l'ouverture stomacale.

Mêmes règles dans l'ablation des tumeurs étendues du rectum qui sont souvent suivies d'accidents graves dus au passage des matières fécales. On pratique, tout d'abord, un anus artificiel, de préférence au-dessus de la fosse iliaque gauche (procédé de Maydl). Quand cet anus a bien fonctionné depuis quelque temps, on fait l'extirpation de la tumeur rectale. Lorsque la plaie opératoire est définitivement guérie et que le rectum est en état de jouer son rôle, on ferme l'anus artificiel.

Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure (Drs Monod et Macaigne). — MM. Monod et Macaigne ont rappelé que c'est M. Chibret (de Clermont-Ferrand), qui, le premier, a attiré l'attention sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. Voici leurs conclusions :

1° L'oxycyanure de mercure en solution à 5 pour 1,000 se montre, dans les expériences de laboratoire, de valeur antiseptique toujours aussi grande souvent plus grande que le sublimé en solution à 1 pour 1,000;

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé il

offre l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien ;

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

Traitement chirurgical du Pyo-pneumothorax chez les tuberculeux (Dr Gérard Marchant). — M. Gérard Marchant, dans sa communication, montre que dans les cas de pyo-pneumothorax la ponction et l'empyème ne suffisent pas. Il faut faire l'opération de Letévant-Estlander, c'est-à-dire réséquer un large volet costal pour mettre à découvert les perforations pleuro-pulmonaires et en pratiquer le grattage et la suture. Il ne faut pas insister sur la suture de la perforation si elle est difficile, car elle n'est pas indispensable. Les lavages pleuraux peuvent être dangereux quand il existe une fistule pulmonaire en produisant une véritable suffocation avec asphyxie. Les deux observations de Gérard Marchant montrent que, dans les cas les plus graves de pyo-pneumothorax, il ne faut pas désespérer de la guérison, par un traitement chirurgical qui n'est pas contre-indiqué par des lésions tuberculeuses pulmonaires irrémédiables.

Résection du sommet du poumon droit atteint de tuberculose (Dr Tuffier). — M. Tuffier a montré un malade à qui il a réséqué le sommet du poumon droit atteint de tuberculose bien localisée il y a 4 ans et qui aujourd'hui est en parfaite santé. La pneumectomie peut donc donner de très bons résultats dans certains cas, rares il est vrai, de tuberculoses bien limitées. L'intervention est facile et exempte de dangers. Le péril chirurgical est de provoquer un pneumothorax ; on l'évitera sûrement si, avant d'ouvrir la plèvre et de suturer les deux feuillets pleuraux, viscéral et pariétal, l'on a soin de *décoller la plèvre pariétale* sur une étendue assez considérable. Il se forme ainsi, entre la plèvre et la paroi thoracique, une sorte de pneumothorax extra-pleural dont le résultat est d'accoler intimement au feuillet viscéral, le feuillet pariétal : ce

dernier forme soupape et permet ainsi d'éviter l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, c'est-à-dire le pneumothorax.

Des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires. — Pneumotomie pour dilatation bronchique. (Dr Walther). — Chez une femme de 26 ans atteinte de pyo-pneumothorax avec vomiques très abondantes et vaste poche offrant l'aspect d'une énorme dilatation bronchique. M. Walther fit une pneumotomie et une opération de Schede qui amena la guérison. Ce chirurgien montre, en outre, que dans les interventions pour cavités purulentes récentes du poumon, la guérison est facile parce que la paroi de la cavité se met à bourgeonner et comble le vide. Dans les cavités anciennes. les tissus périphériques étant sclérosés par l'inflammation chronique ne sont pas susceptibles de combler la cavité. Il faut que ce soit la paroi thoracique qui obéisse, aussi la très large résection, non seulement des côtes, mais de la paroi costale elle-même suivant la méthode de Schede devient-elle nécessaire.

Nécessité du drainage du sinus costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poumon (Dr H. Delagenière, du Mans). — Le plus grand nombre des affections pulmonaires susceptibles d'une intervention étant des affections septiques, l'inoculation de la plevre, qu'elle ait lieu avant ou pendant l'opération, doit être considérée comme fatale. Il y a donc nécessité dans la plupart des cas de drainer la plèvre et le meilleur moyen est de drainer le sinus costo-diaphragmatique :

1° On résèque les six, sept, huit et neuvième côtés dans la plus grande partie de leur étendue.

2° On ouvre la plèvre dans l'espace occupé par la 8me côte et on établit le drain dans la partie antérieure de l'incision qui se terminera au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

On assurera ainsi le drainage et la désinfection de la plèvre En outre, l'ouverture de la plèvre sur le trajet de la 8me côte

met l'exploration de la plèvre, des lobes inférieurs du .mon et des scissures interlobaires, à la condition d'enlever : côte de plus, la cinquième.

e l'enclouage de l'articulation coxo-fémorale après la ection (Dr Montaz, de Grenoble). — Il y a un grand intérêt ıercher la consolidation la meilleure après la résection de :iculation coxo-fémorale, comme on le fait pour le genou. .s ce but, M. Montaz fait l'enclouage systématique de ;iculation de la hanche : la résection étant terminée, après :r raclé, drainé, cautérisé au fer rouge, légèrement saupoudré loforme la cavité opératoire, on prend un ou deux clous ier nickelé, de longueur suffisante pour traverser le fémur énétrer d'environ deux centimètres dans la partie la plus sse du sourcil cotyloïdien. Avec nn marteau. on plante ce dans l'extrémité du fémur, tranversalement. Puis, lorsque ɔinte apparaît sur la face interne, on la place sur le point si, tout en remarquant la longueur du clou non enfoncé. ès quelques nouveaux coups de marteau, le fémur est fixé; .utre clou peut être nécessaire, mais rarement. Des vis 'raient être également utilisées, à la condition de faire au .lable un trou avec un perforateur. Au bout de quelques aines, si on a laissé la plaie légèrement ouverte, on enlève lous désormais inutiles.

uveau procédé de suture intestinale, à l'aide d'un :on perfectionné, ligature en masse sur un cylindre ıllique creux (MM. Duplay et Cazin). — Ce cylindre méque est composé de deux cylindres concentriques emboi'un dans l'autre, sans soudure. Le cylindre interne n'est ré de l'externe que par un écartement de deux millimèet le modèle destiné à l'intestin grêle de l'homme pré; un diamètre extérieur de 22 millimètres et un diamètre ieur de 18 millimètres, alors que dans un bouton de ɔhy, de même diamètre extérieur, le diamètre intérieur

atteint à peine 7 millimètres. Le cylindre extérieur offre en son milieu une rainure circulaire de 2 millimètres environ de profondeur sur laquelle sont percés, aux deux extrémités d'un même diamètre, deux orifices dans lesquels s'engage le fil de soie destiné à la ligature. Avant de commencer l'opération, le fil de soie, choisi très résistant, sera introduit par chacune de ses extrémités dans l'un des trous de la pièce métallique; puis chaque bout contourne, à droite et à gauche le cylindre interne, dans l'intervalle ménagé entre les deux cylindres, vient sortir par le trou diamétralement opposé. En liant alors les deux bouts du fil, on le transforme en un fil sans fin qui émerge par chaque orifice du cylindre, sous la forme d'une boucle. L'opération comprend trois temps :

1er *temps*. — On peut munir d'avance chacune des boucles du fil, d'une aiguille à suture ordinaire ou se servir d'une aiguille de Reverdin. Dans le premier, on perfore de dedans en dehors un des bouts de l'intestin, l'une des aiguilles traversant celui-ci au niveau du bord mésentérique, l'autre en un point symétrique du bord libre. Avec l'aiguille de Reverdin, on perfore l'intestin de dehors en dedans. Ce premier temps accompli, la pièce métallique se trouve ainsi fixée à l'intérieur d'un des bouts de l'intestin qui va être ensuite invaginé dans l'autre.

2e *temps*. — La même manœuvre est répétée sur ce dernier et il suffit alors d'invaginer dans celui-ci le bout d'intestin muni de la pièce métallique pour rétablir la continuité du tube intestinal. Le cylindre métallique et l'extrémité du segment intestinal invaginé sont alors entièrement recouverts par l'intestin engainant, à travers lequel émergent les deux boucles du fil, l'une sur le bord mésentérique, l'autre sur le bord libre.

3e *temps*. — Il ne reste plus qu'à sectionner, d'un coup de ciseaux, chaque boucle en son milieu; on a ainsi deux fils correspondant chacun à une demi-circonférence de l'intestin, et en serrant fortement chacun d'eux, on réalise ainsi une

ligature circulaire qui embrasse à la fois l'intestin engainé et l'iutestin engainant. Comme l'a conseillé Chaput, on détruit à la curette, sur une étendue de 10 à 15 millimètres, la muqueuse du bout d'intestin qui doit engainer l'autre, de façon à rendre aussi aseptique que possible la collerette circulaire qui déborde la ligature.

MM. Duplay et Cazin ont opéré sur 8 chiens, avec des résultats si satisfaisants, qu'ils semblent autoriser l'emploi de ce procédé chez l'homme. L'opération a une durée de 15 minutes, laquelle pourrait être abrégée par l'habitude. La pièce métallique a toujours été rendue du 3e au 5e jour après l'opération. Les avantages de ce procédé, comparé à celui de Murphy, paraissent résider principalement :

1° Dans la simplicité de la pièce métallique, qui ne présente aucun mécanisme spécial ;

2° Dans la rapidité et surtout la sûreté de l'opération, le chirurgien étant maître du degré de stricture qu'il exerce ;

2° Dans la facilité que trouve l'écoulement des gaz et des matières, en raison du diamètre relativement considérable du cylindre interne ;

4° Dans la rapidité de l'évacuation de la pièce métallique.

La chirurgie de l'estomac (Dr Doyen, de Reims). — Le Dr Doyen, dans son intéressante communication, montre que la pylorectomie pour affections cancéreuses de l'estomac est une mauvaise opération. La gastro-entérostomie est au contraire appelée à rendre des services véritablement appréciables dans les affections non cancéreuses, en particulier chez les dyspeptiques ayant une dilatation de l'estomac.

Frappé de certains inconvénients de la gastro-entérostomie antérieure, Doyen a imaginé un procéde nouveau de *gastro-entérostomie postérieure* dans lequel on suture au préalable le côlon à la petite courbure de l'estomac et qui permet de réaliser à la fois les bénéfices de la gastro-entérostomie antérieure et postérieure, et d'assurer une libre évacuation de l'estomac, même dans le cas où il resterait dilaté quelque

temps après l'opération. Ce procédé lui a donné 4 succès sur 4 interventions.

Utilisation de certains tendons pour guérir les hernies et fixer le rein mobile (Dr Poullet, de Lyon). — Par des expériences faites sur le chien, M. Poullet a constaté qu'un tendon pouvait être inséré à travers des muscles ou transporté dans différents organes sans cesser de vivre et qu'on pouvait ainsi en obtenir la greffe définitive et remplacer de cette façon les ligaments suspenseurs. Il a appliqué ce fait biologique au traitement de deux affections : la hernie inguinale et le rein mobile.

Dans la hernie inguinale, il a pratiqué la cure radicale, en fermant l'anneau au moyen d'un lambeau tendineux, prélevé sur le 1er adducteur. Dans le traitement du rein mobile, il a pris sur le long dorsal une lanière tendineuse de 25 centimètres, qu'il a insinué sous la capsule du rein et qui suspend l'organe.

Nouveau procédé de cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire (Dr H. Delagenière). — Dans ce procédé nouveau, la vésicule est attirée à travers une boutonnière faite dans le muscle droit; l'écoulement de la bile est assuré par un drain qui est retiré quand on le juge convenable et à partir de ce moment, l'orifice se ferme tout en faisant, pendant quelque temps, grâce aux fibres musculaires, l'office de soupape de sûreté. On munit ainsi l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile.

Chirurgie générale.

Sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les affections stomacales (Talma, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, Nos du 24 juin et du 1er juillet). — D'après l'auteur, l'ulcère rond de l'estomac serait produit par la contraction partielle de la paroi stomacale avec compression des

artères et des veines à ce point. La contraction convulsive circonscrite peut, par sa localisation, aider puissamment au diagnostic du siège de l'ulcère rond. C'est ainsi que l'ulcère du pylore est accompagné de contracture pylorique et l'ulcère de la portion inférieure de l'œsophage, de celle du cardia. Le diagnostic de l'ulcère peut encore se baser sur le vomissement (qui peut aussi bien être cause que conséquence de l'ulcère) et la douleur circonscrite (à la partie inférieure du sternum en cas de sténose du cardia). Tout de même il ne faut pas oublier que la contracture œsophagienne peut aussi ne pas s'accompagner d'ulcère.

La localisation exacte du siège de l'ulcère est très importante pour l'opérateur : les ulcères de nouvelle date peuvent être non aperçus, même après laparotomie : les ulcères anciens avec circonférence et voisinage infiltrés sont découverts avec beaucoup plus de facilité. L'ulcère rond guérissant spontanément dans 85 0/0, l'indication opératoire n'est que très limitée. On y songera en cas d'hémorrhagie incoercible, surtout quand elle est entretenue par des accès de convulsions rebelles à tout traitement, et ensuite toutes les fois qu'une hémorrhagie intense dans le voisinage du pylore et du duodénum s'associe à des symptômes incontestables de cholélithiase.

Manque-t-on de signe permettant de localiser exactement l'ulcère, il est tout à fait superflu de s'acharner à sa recherche et l'on pratiquera tout bonnement la gastro-entérostomie, surtout si le siège présumé de l'ulcère est la portion pylorique.

En cas d'estomac en sablier, par suite de contracture cicatricielle après ulcère, on aura recours à la gastro-anastomose d'après le procédé de Wölfler : la portion cardiaque est-elle d'une étendue suffisante, c'est la gastro-entérostomie qui est alors préférable. Il est toutefois à remarquer que l'estomac en sablier n'exclut nullement l'existence d'un ulcère rond de date récente.

A-t-on affaire à un cancer du cardia, il faut soigneusement

distinguer s'il s'est ou non développé sur la base d'un ulcère. La dégénérescence carcinomateuse d'un ulcère est d'autant plus vraisemblable qu'il a été soumis à des irritants chimiques ou mécaniques. Aussi faut-il s'abstenir le plus possible de sonder l'estomac en cas d'ulcère (excepté quand il s'agit de rétrécissement par caustiques); parfois même on prescrira les lavements nutritifs et, le cas échéant, on pratiquera même la gastrostomie. Le repos absolu de l'œsophage peut influencer favorablement un cancer déjà formé. A l'appui, l'auteur rapporte un cas d'un cancer du cardia et du pylore où, à la suite de la jéjunostomie, il survint une augmentation considérable du poids du corps : le malade a de nouveau récupéré la possibilité d'avaler.

La même division s'impose aussi pour le cancer du pylore : les meilleures chances opératoires présentent les cancers développés sur la base d'un ulcère dans le voisinage du pylore, où le médecin peut, en temps utile, prévoir la dégénération carcinomateuse de l'ulcère.

Quant aux autres formes de cancers de l'estomac, ils sont déjà par trop avancés pour être opérés quand on réussit enfin à poser un diagnostic exact. Il faut seulement avoir en vue que les sujets atteints de gastrite chronique hyperchlorhydrique sont très exposés à voir survenir chez eux un ulcère dégénérant facilement en cancer. On découvre parfois des proliférations épithéliales atypiques, même dans les cicatrices des ulcères considérés comme guéris. La gastro-entérostomie précoce peut guérir le cancer dans des cas semblables : témoin trois cas de l'auteur dont deux avec autopsie. La contracture persistante du pylore favorisant considérablement dans ces cas la dégénération carcinomateuse de l'ulcère, on aura soin de faire suivre, séance tenante, autant que faire se peut, la gastro-entérostomie de l'élimination du pylore.

Quant à la valeur comparée de la gastro-entérostomie et de la pylorectomie, il est encore impossible de se prononcer catégoriquement là-dessus. En cas d'ulcère chronique

simple, c'est la gastroentérostomie qui est préférable à la pylorectomie. En effet, cette dernière opération ne met nullement à l'abri de la dégénération carcinomateuse, le cancer se formant parfois dans la cicatrice de la plaie opératoire elle-même (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 28, p. 601 et 602).

Médecine générale.

Traitement des oreillons chez l'adulte (Dr Trouillet, *Dauphiné médical*, juin 1895). — On fera désinfecter dès les premiers signes, la bouche avec de l'eau boriquée en gargarismes répétés une dizaine de fois dans la journée.

Comme antiseptique intestinal, naphtol ou salol à l'intérieur. Onctions des régions atteintes avec des liniments calmants et enveloppement avec une couche épaisse de coton.

Contre les douleurs de tête et la congestion, vessie de glace sur le vertex; chloral à la dose de 2 et 3 grammes contre la fièvre, sulfate de quinine et antipyrine, on pourra même essayer les bains froids.

Pour l'orchite ourlienne, repos au lit, enveloppement ouaté dans un bon suspensoir, au besoin, onctions calmantes. A la période de convalescence, la fluxion testiculaire une fois tombée, on fera de la faradisation une vingtaine de séances de dix minutes chacune.

Les résultats sont très favorables, la glande reprend rapidement sa sensibilité, sa consistance et son volume.

Au point de vue prophylactique on emploiera la désinfection au soufre faite complètement et méthodiquement.

Nouveau traitement de l'épilepsie (Dr Poulet, *Bullet. méd. des Vosges*). — Le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines, dans un cas de névrose épileptiforme chronique avec détermination spéciale sur le pneumogastrique (crises de douleurs épigastriques atroces avec céphalée et vomissements), essaya sans succès le bromure de potassium, les polybromures, la

picrotoxine, le datura, le borax. L'association du bromure de potassium et du sulfate d'ésérine donna au contraire une guérison rapide. Comme traitement général de l'épilepsie, le Dr Poulet conseille de s'adresser à la méthode de M. V. Bechterew, de Saint-Pétersbourg, dont voici la formule:

Feuilles d'adonis vernalis...........	2 à 3gr,75
Faire infuser dans eau bouillante....	180 grammes.

Ajoutez :

Bromure de potassium..............	7gr,50 à 11gr,25.
Caféine	0gr,12 à 0gr,18.

La dose à prendre est de 4 à 8 cuillerées à bouche par jour, dans de l'eau ou du lait sucré.

Bechterew n'a pas encore rencontré un seul cas d'épilepsie qui se soit montré absolument réfractaire à l'emploi de cette médication. On obtient soit une disparition complète des accès, soit une diminution notable dans leur intensité et dans leur fréquence.

Traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique (Dr Desprez, *Nord médical*, août 1895). L'auteur préconise la potion suivante :

Eau distillée........................	110	grammes.
Chloroforme	1	gramme.
Alcool	8	grammes.
Acétate d'ammoniaque................	10	—
Sirop de chlorhydrate de morphine..	40	—

Son administration a donné d'excellents résultats dans plusieurs épidémies de choléra. Elle peut rendre de grands services dans le traitement des diarrhées cholériformes estivales.

Gynécologie et Obstétrique.

Traitement de l'ectopie de l'anus dans les voies génitales chez la femme, par le Dr Kirmisson. — Voici, d'après lui, quelle sera la conduite thérapeutique du chirurgien en présence de ces vices de conformation :

Contre l'ectopie vulvaire de l'anus, M. Kirmisson emploi le procédé de Dieffenbach-Nélaton, par transplantation de l'anus il libère l'ampoule rectale de ses connexions, la suture à l'orifice que l'on a créé sur le périnée et laisse l'orifice anormal rectovulvaire se fermer de lui-même. Il préfère ce procédé à celui en deux temps de Giraldes, pratiquant d'abord la transplantation de l'ampoule rectale et ultérieurement, comme in-intervention complémentaire l'autoplastie vulvaire.

Contre l'ectopie vaginale de l'anus : essayer le procédé de Nélaton en cas d'ectopie, employer celui de Martin (de Lyon), incision du périnée de la vulve au coccyx, et reconstitution de la pochette vulvaire. Enfin si l'abouchement de l'anus en ectopie vaginale est très élevé, et en l'absence de l'ampoule rectale, pratiquer un anus iliaque, c'est la suprême ressource.

Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins (Jouin, *Soc. obst. et gyn. de Paris*, juillet 1895). — L'auteur préconise le traitement des fibromes utérins par l'extrait de glande thyroïde. Il a donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0gr,45, de 4 à 8 tablettes par jour à des malades atteintes de corps fibreux.

Trois fois il a observé la diminution des hémorrhagies, deux fois la disparition partielle de la tumeur.

Le courant continu en gynécologie, par le Dr Albert Weil (Thèse de doctorat. — Paris, G. Steinhel, 1895). — Après avoir passé en revue et d'une façon très complète, les diverses ap-

plications tentées jusqu'à ce jour, du courant continu dans le traitement des affections de l'appareil génital de la femme, et avoir exposé les diverses recherches expérimentales des cliniques, ayant eu pour objet de déterminer le mode d'action de ce courant sur les tissus, et aussi sur les microbes, l'auteur relate un certain nombre d'observations personnelles concernant plusieurs cas d'endométrites, catarrhales, hémorrhagiques et purulentes, et aussi deux observations d'endométrites accompagnées de lésions des annexes, toutes traitées par lui à l'aide du courant continu, et conclut que les métrites catarrhales ou hémorrhagiques sont avantageusement traitées par la galvanocaustique positive intra-utérine; que les métrites purulentes doivent être traitées par l'électrolyse, avec le pôle positif intra-utérin, d'une solution d'iodure de potassium ou par la galvanocaustique positive intra-utérine avec électrodes de cuivre; qu'enfin les périmétrites et les exsudats pelviens chroniques peuvent être heureusement modifiés par la galvanocaustique positive.

En revanche, il considère (et personnellement nous approuvons entièrement cette manière de voir) que toutes les suppurations des annexes et voire même tout état inflammatoire aigu ou subaigu doivent être des contre-indications formelles du courant continu.

Quant aux fibrômes et aux autres affections des organes génitaux de la femme, l'auteur, en dépit du titre un peu général de son travail, n'en parle pour ainsi dire pas, ou s'il en parle ne fait qu'exposer ce qui a été dit avant lui, mais sans émettre d'opinion personnelle.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT 4, rue du Bouloi. 174.11.95.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

NOUVELLES MÉDICATIONS (2e SÉRIE)

Conférences de l'hôpital Cochin.

NEUVIÈME CONFÉRENCE

Du traitement de la tuberculose par la méthode de Koch;

Par les docteurs DUJARDIN-BEAUMETZ et LEY.

Conférence du 4 décembre.

MESSIEURS,

Je tenais beaucoup à ce que, dans le service de l'hôpital Cochin, où l'on s'occupe tout particulièrement de questions de thérapeutique, le grand problème que vient de soulever le professeur Koch, au point de vue du traitement de la tuberculose, fût étudié, et je suis heureux aujourd'hui de voir mon désir se réaliser, et cela grâce à l'extrême obligeance du docteur Ley.

Le docteur Ley revient de Berlin, et veut bien mettre à ma disposition une certaine quantité de la lymphe qui lui a été remise par le professeur Koch. Tout à l'heure, je lui donnerai la parole, pour vous expliquer comment on pratique ces inoculations, et quelles précautions il faut prendre dans le manuel opératoire; mais avant, je tiens à vous résumer en quelques mots, dans quelle voie nouvelle entre la thérapeutique de la tuberculose, et peut-être la thérapeutique des autres maladies infectieuses. Je ne vous exposerai pas, dans tous ses détails, cette question de la cure de la tuberculose par la lymphe de Koch; vous trouverez dans les journaux médicaux, et surtout extra-médicaux, des renseignements fort minutieux. Je ne ferai ici que vous résumer les différentes phases de cette question.

C'est au congrès de Berlin, qui s'est tenu au mois d'août 1890, que Koch annonça, dans une remarquable communication, qu'il avait trouvé un procédé pour combattre la tuberculose, chez les animaux et peut-être chez l'homme. Puis au mois de novembre, il complétait cette communication, et montrait qu'en injectant

une substance dont la composition nous est inconnue, et qu'on dénomme *lymphe de Koch*, on déterminait des phénomènes locaux, suivis de réaction dans les parties où siègent les bacilles, et Koch pouvait affirmer qu'on était désormais en puissance d'une méthode curative, non seulement pour la tuberculose chirurgicale et externe, mais encore pour la tuberculose pulmonaire à son premier degré.

Avec une grande prudence et une sage réserve, Koch ajoutait qu'il ignorait pendant combien de temps les individus traités restaient réfractaires à la tuberculose, et que de plus, dans les tuberculoses pulmonaires avancées, la méthode paraissait inefficace, et que par cela même il faudrait toujours traiter les phtisiques par nos moyens habituels.

Cette communication eut un immense retentissement, et l'on vit accourir de toutes parts à Berlin les malades et les médecins. Enfin une déclaration au parlement de Berlin, par le ministre de l'instruction publique, nous faisait savoir que le gouvernement allemand avait insisté près de Koch, en présence des dangers pouvant résulter d'une préparation défectueuse de la lymphe, pour qu'il gardât ce procédé secret pendant longtemps.

Aujourd'hui, la production de cette lymphe paraît assez courante pour que, dans les différents pays de l'Europe, des expériences soient entreprises, et nous pouvons réunir un assez grand nombre d'observations, pour avoir quelques données précises sur la valeur de ces inoculations.

Il est probable que la lymphe de Koch est constituée essentiellement par une toxine ou une tox-albumine (1), résultat d'un procédé de culture spécial d'un bacille.

Je dois vous rappeler à cet égard deux faits intéressants. Il y a deux ans, un préparateur du professeur Hayem, le docteur Roussy, faisait à l'Académie une communication qui nous montrait que certaines diastases, en particulier celle qui intervertit le sucre, déterminaient chez les animaux, en injection intra-veineuse, un accès fébrile des plus prononcés. Quoique nous ignorions encore la véritable nature des diastases, on est disposé à les rapprocher des toxines sécrétées par les micro-organismes.

(1) Voir plus loin l'article *Correspondance*.

Je vous renverrai aussi à la belle communication faite, au congrès de Berlin, par le professeur Bouchard ; vous y verrez que les microbes pathogènes sécrètent des toxines qui peuvent constituer des vaccins préservateurs de la maladie dont ils sont les facteurs.

On avait pensé que peut-être, pour séparer cette toxine, Koch se servait du procédé de Brieger, qui emploie les sels d'or pour faire cette séparation, et, comme dans une communication antérieure, Koch avait montré que le cyanure d'or était le plus puissant microbicide de la tuberculose, on avait supposé que sa lymphe contenait à la fois la tox-albumine dont je vous ai parlé, et du cyanure d'or. De nouvelles recherches affirment que les sels d'or n'entrent pas dans la composition de la lymphe de Koch ; mais tout cela n'est qu'hypothèse, et pendant longtemps encore, pendant peut-être des années, nous ignorerons, et la composition de la lymphe et le procédé à mettre en usage pour l'obtenir.

J'arrive maintenant aux faits cliniques et expérimentaux ; ici l'accord paraît unanime : c'est sur les effets produits par les injections de lymphe.

Lorsqu'on injecte, chez un malade atteint de tuberculose, et pour la première fois, une dose de lymphe fort minime, 1 à 2 milligrammes, on constate au bout d'un temps variable, cinq heures au minimum, vingt-quatre au maximum, des phénomènes inflammatoires bien accusés, dans tous les points où se trouvent en certaine abondance des bacilles tuberculeux.

Dans les cas de tuberculose cutanée, on peut suivre d'une façon fort précise ce processus inflammatoire, et l'on peut apprécier, par comparaison, ce qui doit se produire dans les viscères tels que le poumon, les reins, et dans les articulations. C'est donc un réactif d'une extrême puissance et dont il faut d'ailleurs user avec grand ménagement, lorsqu'on a à craindre que l'inflammation déterminée par ce réactif porte sur des organes extrêmement sensibles, comme les méninges, le péritoine, le larynx, etc.

Quant à la question thérapeutique proprement dite, nous n'avons à cet égard que des conjectures, et il faut reconnaître que ces conjectures sont plutôt défavorables que favorables, car nous n'avons aucun fait positif de guérison, et il semble au contraire que les récidives ont été fréquentes. Mais pour juger de

la valeur d'un procédé thérapeutique qui s'adresse à la tuberculose, c'est par mois et par années d'expériences qu'il faut compter.

Mais, en laissant de côté même cette question de thérapeutique et en ne prenant la découverte de Koch que dans les symptômes qu'elle détermine, je n'en considère pas moins cette découverte comme considérable dans ses conséquences. Ses résultats viennent confirmer absolument ce que Pasteur annonçait, il y a dix ans, au congrès international de Londres, qu'en l'honneur de Jenner il avait agrandi ce terme de vaccination et l'avait appliqué à la cure des maladies infectieuses, et la célèbre expérience de Pouilly-le-Fort, à propos du charbon, montrait dans quelle voie allait entrer la médecine, au point de vue de la cure possible des maladies virulentes et infectieuses. C'est cette voie que Koch a suivie, et que d'autres expérimentateurs, car sa méthode est perfectible, suivront désormais avec succès.

Cette action élective d'un médicament sur certains éléments pathologiques de l'économie, laissant indemnes les autres éléments non altérés, est-elle spéciale à la lymphe de Koch? Nullement, messieurs, et nous avons dans l'iodure de potassium, au point de vue de la syphilis, non seulement un agent tout aussi sûr de notre diagnostic, mais encore un agent curateur. Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans la découverte de Koch, c'est qu'il a puisé, dans les tox-albumines sécrétées par les micro-organismes, la base essentielle de son traitement; c'est qu'il a pratiqué une véritable vaccination, telle que nous l'entendons, d'après les théories pastoriennes, et je passe maintenant à l'histoire des trois malades qui vont être injectés.

Voici, résumées aussi brièvement que possible, les observations prises par mes internes, MM. Mallet et de Grandmaison. (Je donnerai à la fin de ces conférences le résumé de ces observations [obs. I, II et III].)

Ces trois observations peuvent se résumer ainsi : un cas de tuberculose pulmonaire et deux de lupus. Pour le premier cas, il s'agit, comme vous le voyez, d'un jeune homme qui porte les attributs d'une santé parfaite et dont l'état a été très amélioré par l'usage de l'appareil de Julius Wolff. Cependant, l'examen

bactériologique fait par le docteur Dubief, nous permet de constater la présence de quelques bacilles, et l'auscultation donne l'assurance de l'existence de lésions tuberculeuses.

Pour les deux lupus, il s'agit dans un cas d'un homme qui a vingt-neuf ans, et qui, depuis l'âge de dix ans, est atteint d'un lupus qui a été guéri à trois reprises différentes. Il existe aujourd'hui une récidive à la joue droite et au nez ; aucun signe de tuberculose pulmonaire. La jeune femme est tout aussi intéressante ; elle est veuve et son mari est mort de phtisie. Il y a quatre ans qu'elle est atteinte de lupus; elle a été déjà améliorée par le grattage pratiqué à Saint-Louis ; elle est aujourd'hui en pleine récidive. Rien du côté des poumons. Nous injecterons à ces trois malades 2 milligrammes de la lymphe de Koch.

Je cède maintenant la parole au docteur Ley, qui vous dira ce qu'il a observé pendant son séjour à Berlin et à Falkenstein.

« Messieurs,

« Ainsi que vous le disait M. Dujardin-Beaumetz, j'ai passé une semaine à Berlin pour observer sur place le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

« J'ai visité les différents services de la Charité et des autres hôpitaux et cliniques où sont traités un grand nombre de malades. Les inoculations se font partout, mais principalement pour les affections chirurgicales, ainsi que vous avez pu le voir par les relations des journaux. J'ai eu, de plus, l'honneur d'être reçu par le professeur Koch, et j'ai rapporté de Berlin un flacon de la fameuse « lymphe ». Je vous la présente avec son cachet d'origine, dans son étui de bois creusé en plein bloc. Voici le petit flacon contenant environ 4 ou 5 centimètres cubes d'un liquide brun parfaitement transparent. C'est avec ce liquide étendu au millième que nous allons injecter les trois malades qui vous ont été présentés. Nous procéderons d'abord à la préparation des solutions qui doivent être faites avec toutes les précautions possibles, dans des vases et avec des instruments parfaitement stérilisés.

« La première solution, dite solution mère, se fait avec 1 centimètre cube de lymphe, *qu'on laisse tomber goutte à goutte* dans 9 centimètres cubes d'eau phéniquée au 0,50 pour 100. Il

importe de procéder ainsi, car si l'on mettait dans le tube l'eau phéniquée en dernier, le mélange ne se ferait pas si bien. Cette première solution contient donc 1 décigramme de substance active par centimètre cube.

« La deuxième solution se fait avec 1 centimètre cube de la solution n° 1, mélangé à 9 centimètres cubes d'eau phéniquée; ce mélange constitue une solution au centième, qui peut être utilisée dès qu'on veut injecter 5 milligrammes ou 1 centigramme de principe actif.

« La troisième solution se fait avec un centimètre cube de la solution au centième mélangé à 9 centimètres cubes d'eau phéniquée. Cette dernière solution doit être préparée au moment d'en faire usage, car elle ne se conserve pas longtemps.

« Chaque tube, comme vous voyez, est bouché avec de la ouate stérilisée. C'est de cette dernière solution que nous allons nous servir, car avec elle on peut fractionner les doses et commencer par un demi et même un quart de milligramme.

« Koch, comme vous savez, a imaginé à cet usage une seringue qui porte son nom. Voici cet instrument composé d'un tube de verre gradué par dixièmes de centimètre cube, sur lequel s'adapte un robinet métallique surmonté d'une petite boule de caoutchouc destinée, par pression de l'air, à remplacer le piston; à l'autre extrémité s'adapte l'aiguille qui, comme le robinet, est rodée sur le verre. Cette seringue a l'avantage de pouvoir se nettoyer très facilement; mais outre qu'elle n'est pas d'un maniement facile, comme vous allez le voir, elle doit toujours être tenue verticalement, la pointe en bas, et ne permet pas de faire les injections de bas en haut. On fait usage aussi, dans les hôpitaux de Berlin, d'une seringue de Pravaz dont le piston est en amiante, ce qui permet la stérilisation absolue.

« Nous emploierons ici la seringue de Roux, avec piston en moelle de sureau, qui peut être passée à l'eau bouillante après chaque injection, car il ne faut pas oublier que la seringue doit être nettoyée avec un grand soin après chaque inoculation et rendue entièrement aseptique avant l'usage. A cet effet, on peut faire un premier lavage à l'alcool absolu et un second à l'eau phéniquée chaude.

« L'injection se fait dans le dos, le long du bord de l'omoplate.

La peau doit au préalable être lavée au sublimé ainsi que les mains de l'opérateur, qui évitera de toucher l'aiguille avant l'opération et la peau après. On essuie et on frictionne au besoin avec un tampon de ouate stérilisée qui recouvrira la place de l'injection pendant quelque temps.

« Grâce à ces précautions, on évite les accidents locaux.

« Nous procéderons maintenant à l'inoculation des malades.

« Les deux lupiques ont reçu chacun 2 milligrammes ainsi que le tuberculeux pulmonaire. Ces doses sont faibles eu égard à l'état relativement satisfaisant de ce dernier malade, et surtout à ce qu'on voit à Berlin, où l'on administre d'emblée aux lupiques 5 milligrammes et même 1 centigramme. Mais M. Dujardin-Beaumetz pense avec raison qu'on ne saurait être trop prudent. Cette première injection servira donc à tâter la susceptibilité de nos malades.

« Comme je vous l'ai dit, j'ai suivi pendant une semaine un certain nombre de malades traités par la méthode de Koch. Je tiens à dire de suite que grâce à la bienveillance des chefs de service tels que les professeurs Senator, Frantzel, von Bergmann, Ewald, etc., ceux qui, comme moi, ne possèdent pas la langue allemande ont pu cependant être bien renseignés et suivre les diverses phases du traitement.

« Souvent, en effet, avec l'assistance d'un élève parlant le français, nous avons pu parcourir les salles avant ou après la visite, et échapper ainsi aux difficultés d'observation que causait l'affluence considérable des médecins venus de tous les pays. Je remercie donc ceux qui nous ont fait si bon accueil et ont ainsi facilité l'accomplissement de notre tâche.

« Mais, dans les hôpitaux et cliniques de Berlin, les malades traités pour la tuberculose pulmonaire sont moins nombreux que les autres ; la population est, là comme partout, composée la plupart du temps de tuberculeux avancés et arrivés à un certain degré de cachexie ou de misère physiologique ; enfin, sans doute à cause de cette affluence de visiteurs dont je parlais, les observations sont prises d'une façon assez sommaire, et sauf ce qu'on voit sur les feuilles de température, il est malaisé d'obtenir des renseignements précis. Aussi, pour moi qui m'intéressais surtout au traitement de la tuberculose pulmonaire, je sentais

le besoin d'être plus complètement renseigné. C'est dans ce but que je résolus de visiter le sanatorium de Falkenstein où je savais trouver un grand nombre de malades traités depuis quelque temps déjà et un champ d'observation plus favorable.

« Le sanatorium de Falkenstein, bâti à quelques lieues de Francfort, à une altitude de 4400 mètres environ, est dans un des sites les plus pittoresques du Taunus. C'est un établissement destiné au traitement de la tuberculose pulmonaire par la cure d'air, peu ou point de médicaments, l'hygiène et la vie au grand air par tous les temps, de neuf heures du matin à dix heures du soir, sauf les heures de repas.

« Ma bonne fortune m'ayant fait arriver le 1er décembre au matin, jour de grande visite, je dois au docteur Dettweiler, fondateur et directeur de ce remarquable établissement, les précieux renseignements que je puis vous communiquer.

« Les injections avec la « lymphe » de Koch avaient commencé depuis plus de quinze jours, en deux séries. Soixante-cinq malades avaient été injectés le premier jour, soixante-huit le lendemain. Tous étaient des tuberculeux avérés et reconnus par l'existence des bacilles dans les crachats. Pour tous, la température avait été prise la veille de la première injection, qui fut de 1 milligramme.

« Tous ces malades n'ont pas réagi de même :

« Chez 3, la température s'est élevée à 40 degrés ou 40°,1 ; chez 9, la température s'est maintenue entre 39°,5 et 40 degrés ; chez 98, la température s'est maintenue entre 38°,5 et 39°,5 ; chez 18, la température n'a pas dépassé 38°,5 ; chez 5, réaction insignifiante de 37°,8 à 38 degrés.

« A la seconde injection, faite quarante-huit heures après, avec une même dose de 1 milligramme, pour les trois quarts des malades qui avaient eu une réaction très forte à la première injection, la température n'a pas dépassé 39 degrés, alors qu'un certain nombre de ceux qui, à la première dose, avaient témoigné une certaine résistance, ont eu des frissons et une température bien supérieure à celle de la réaction précédente. Faut-il voir chez ces derniers un phénomène d'accumulation du remède, ce qui expliquerait pourquoi Koch recommande d'espacer les injections et de tâter les malades avant d'augmenter les doses?

« Tous ces malades ont présenté des phénomènes de congestion passagère, l'aggravation de la toux, et une augmentation notable de l'expectoration après les premières injections ; plus tard, soit par le fait de l'accoutumance ou pour toute autre cause, les phénomènes réactionnels ont été presque nuls, l'expectoration a diminué considérablement et tous ont ressenti un mieux sensible; c'est ce qu'il était possible de constater sur des malades qui avaient reçu six ou sept injections.

« Voici maintenant une autre catégorie de malades très intéressants. Le docteur Moritz-Schmidt, laryngologiste distingué de Francfort, qui est venu s'installer à Falkenstein pour y suivre les effets du traitement de Koch, m'a présenté vingt-trois sujets atteints à divers degrés de tuberculose laryngée ; chez tous, l'injection a amené une recrudescence des symptômes morbides ; chez plusieurs d'entre eux, qui précédemment avaient été traités, par Moritz-Schmidt, par le curetage et l'acide lactique, et étaient le docteur considérés comme guéris, l'injection de 1 ou 2 milligrammes a révélé qu'il n'en était rien et a amené une véritable poussée. J'en ai vu trois qu'on traitait pour une infiltration tuberculeuse des sommets, qui n'avaient jamais rien éprouvé du côté du larynx et chez lesquels 1 milligramme suffit pour amener la raucité de la voix, l'épaississement des cordes vocales et déceler la présence de granulations tuberculeuses, qui étaient à l'état latent, et y seraient restées peut-être longtemps encore.

« En continuant le traitement, on obtient assez rapidement une amélioration favorable : les granulations tuberculeuses se détachent au bout de sept à huit jours après la troisième ou quatrième injection ; à leur place on voit d'abord une sorte d'enduit grisâtre et glaireux qui fait place à une rougeur vive, où se voient des petits bourgeons de bonne nature ; puis, les tissus reviennent sur eux-mêmes. Parmi les sujets qu'il m'a été donné d'examiner avec le docteur Moritz-Schmidt, il y en avait à des époques différentes de cette évolution, selon l'ancienneté ou la gravité de l'affection et le nombre d'injections reçues, ce qui permettait d'en observer toutes les phases.

« Deux autres cas m'ont paru encore dignes d'attirer l'attention ; le premier est celui d'un jeune homme de vingt-sept à vingt-huit ans, porteur d'une petite ulcération tuberculeuse,

siégeant à droite, sur le repli ary-épiglottique. Une injection de 2 milligrammes amena, outre le gonflement du point malade, une congestion de la muqueuse de la narine droite qui s'étendit au sac lacrymal et à la conjonctive de l'œil droit.

« Enfin le dernier est celui d'un de nos confrères de Paris, qui, depuis près de deux mois, faisait la cure d'air et se trouvait très bien, ayant toutes les apparences de la santé, marchant sans essoufflement, ayant bon sommeil et bon appétit, et n'ayant jamais rien éprouvé du côté du larynx. Il était resté insensible aux deux premières injections de 1 et 2 milligrammes; une troisième injection de 5 milligrammes ayant été faite, ce malade fut pris, cinq heures après, de tous les symptômes d'une violente réaction : frissons, nausées, vomissements, dyspnée, élévation de température, puis douleur vive au larynx et perte de la voix.

« Le surlendemain, à l'examen laryngoscopique, on constatait l'existence d'un processus tuberculeux du larynx ; une granulation se mortifia et tomba vers le sixième jour. Quand je vis le malade, la voix était encore très voilée, et bien qu'il n'eût pas reçu d'injection nouvelle, il était toujours sous l'influence du médicament; il s'essoufflait facilement, était pâle, dormait mal, n'avait pas d'appétit, et avait maigri de 2k,300 depuis huit jours, réclamant à grands cris la reprise des frictions excitantes et de la douche.

« Si, comme vous le voyez, ces faits prouvent d'une façon indéniable la grande valeur diagnostique du remède de Koch, ils nous montrent aussi dans quelles ténèbres marche encore la thérapeutique. Une grande prudence s'impose donc dans l'emploi de cet agent; les doses, très faibles au début, ne seront que lentement progressives, avec des temps d'arrêt permettant de se rendre compte de la susceptibilité particulière de chaque malade. C'est ainsi qu'on pourra, dans l'avenir, en dégager toute la valeur thérapeutique. »

Conférence du 6 décembre.

MESSIEURS,

Je vous dois les résultats de nos inoculations pratiquées dans la séance de jeudi ; ils confirment entièrement les assertions de

Koch. Notre malade, qui était très peu tuberculeux, n'a pas eu de réaction, et vous pouvez en juger par le tracé thermométrique pris avec grand soin toutes les deux heures. Telle était sa température la veille de l'inoculation, telle elle a été le jour même et le lendemain. Cependant, l'expectoration a augmenté, et l'on peut percevoir des signes non douteux de congestion pulmonaire ; nous lui injecterons aujourd'hui 4 milligrammes.

Pour les lupus, la réaction a été très énergique ; chez la femme, elle s'est produite quatre heures après l'injection, et vers cinq heures du soir, elle atteignait son maximum, près de 40 degrés. La face s'est considérablement congestionnée, des croûtes nouvelles se sont formées, et la malade autrefois atteinte d'une dacriocystite de l'œil droit a vu cette affection reparaître. Vous pourrez d'ailleurs juger du développement des phénomènes inflammatoires par les aquarelles que je mets sous vos yeux, qui ont été exécutées, d'une façon remarquable, par un externe de mon service, M. Gesland.

La réaction a été beaucoup plus tardive pour l'homme atteint de lupus, et ce n'est que le lendemain matin, à huit heures, que cette réaction commençait, et elle atteignait son maximum au moment de la visite, c'est-à-dire à dix heures. La face était rouge, vultueuse, et la température atteignait 40 degrés ; j'ajoute que le malade, qui ne toussait pas avant l'injection, a été pris d'accès de toux et d'expectoration assez abondante. L'examen des crachats n'a pas démontré la présence de bacilles.

Nous allons aujourd'hui inoculer, à ces deux malades, 4 milligrammes, et nous pratiquerons, en même temps, une première injection à deux nouveaux malades (voir observations IV et V).

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de quinze ans, qui a été pris, le 14 juillet dernier, d'une hémoptysie abondante. L'examen local révèle quelques signes très peu prononcés au sommet gauche, mais l'examen des crachats montre l'existence de bacilles ; nous lui injecterons 1 milligramme.

Le second malade, âgé de vingt-sept ans, ne serait malade que depuis le mois de septembre ; il existe cependant des craquements au sommet droit, et, encore ici, l'examen bactériologique des crachats est absolument affirmatif ; comme cet homme a de l'enrouement, nous ne lui ferons qu'une injection de 1 milli-

gramme, redoutant les complications qui pourraient survenir du côté du larynx.

Mardi prochain, je vous rendrai compte des résultats obtenus chez nos cinq malades.

Conférence du 9 décembre.

Messieurs,

Sous l'influence des injections pratiquées samedi dernier, tous nos malades ont réagi.

Notre premier malade (Obs. I) n'a pas eu plus d'élévation de température cette fois-ci que la première, quoique la dose eût été portée à 4 milligrammes ; mais les symptômes locaux se sont accusés, l'expectoration a augmenté, le malade prétend manger avec moins d'appétit qu'auparavant, et il affirme se trouver moins bien aujourd'hui qu'avant les inoculations. Nous allons le laisser reposer pendant quelques jours.

La femme atteinte de lupus (Obs. II) a eu une réaction considérable, qui a atteint 40°,4, précédée de nausées et de frissons; la face est aujourd'hui suintante dans une grande étendue et des croûtes nombreuses la couvrent ; nous laisserons aussi reposer cette malade et nous attendrons que cette période congestive se soit apaisée.

Quant à l'homme atteint de lupus (Obs. III), il a eu une réaction fort intense, dont vous voyez encore aujourd'hui les traces. L'expectoration a continué chez lui, mais il n'y a toujours pas de bacilles dans ses crachats.

Nos deux derniers malades (Obs. IV et V) ont présenté des réactions à peu près identiques; chez tous les deux, les signes locaux se sont accusés et l'expectoration a augmenté.

J'ajoute que, pour le dernier malade (Obs. V), malgré tous les soins antiseptiques employés pour pratiquer l'injection, il s'est fait au point inoculé une inflammation assez vive, aujourd'hui en voie de décroissance. Nous pratiquerons à ces deux malades une injection de 2 milligrammes.

Notons, à propos de cette dernière observation (Obs. V), que l'enrouement a augmenté et que l'examen du larynx, fait par le

Dr Hirschfeld, a montré une congestion manifeste des cordes vocales.

Ces inoculations vont être continuées, et si vous voulez bien revenir à cet hôpital les samedis, je vous tiendrai au courant des résultats obtenus.

Dès aujourd'hui on peut reconnaître dans la lymphe de Koch un réactif excessivement actif des lésions tuberculeuses, et cela même avec des doses extrêmement minimes, ce qui n'est pas sans danger. C'est donc là une substance très toxique, dont les effets se rapprochent par bien des points de ce que nous observons après l'inoculation de certains produits septiques : mêmes frissons, mêmes malaises, mêmes nausées, mêmes réactions inflammatoires.

Aussi l'on comprend que des accidents graves et même mortels aient pu se produire à la suite de ces inoculations, lorsque, surtout au début de la médication, on a injecté des doses trop considérables.

A propos de ces dangers, on a soutenu que notre législation française permettait de poursuivre comme remède secret la lymphe de Koch. Je crois que l'on a commis dans ce cas une erreur ; la loi du 21 germinal de l'an XII qui s'applique aux remèdes secrets est une loi qui concerne l'exercice de la pharmacie et non celui de la médecine. Elle ne défend nullement aux médecins d'user de remèdes autres que ceux qui sont inscrits au code ou qui ont reçu l'approbation de l'Académie.

On m'observera que la lymphe de Koch n'est pas faite par un pharmacien ; mais je répondrai qu'à ce titre le vaccin n'est pas un produit pharmaceutique. Mais cependant, je crois que, soit à l'hôpital, soit en ville, le médecin doit toujours être respectueux des volontés exprimées par le malade, et ce n'est qu'avec sa complète adhésion qu'il peut pratiquer les inoculations de la lymphe de Koch. C'est là une règle de conduite dont je ne me suis pas départi.

J'ai dans mon service un homme atteint d'une maladie bronzée ; on peut croire que cette maladie résulte chez lui d'une lésion tuberculeuse des capsules surrénales. Je n'ai pas caché à ce malade la possibilité de la production de phénomènes inflammatoires plus ou moins actifs du côté des reins ou du péritoine si je l'ino-

culais, et devant mes hésitations, ce malade n'a pas désiré être inoculé, et j'ai souscrit à ce désir.

Je ne vous parle pas des résultats thérapeutiques. Il faut du temps et beaucoup de temps pour se prononcer définitivement; mais je vais reprendre dans notre laboratoire, avec l'aide du docteur Dubief, une série de recherches expérimentales sur les animaux pour étudier comment se produit l'action curatrice et préservatrice de la lymphe de Koch, et surtout pour connaître à quelle période de la tuberculose expérimentale cette méthode des inoculations produit ses effets les plus avantageux.

Je vous tiendrai au courant de ces recherches, et voici en terminant le résumé des observations des malades jusqu'ici inoculés :

Obs. I. — Garçon de dix-huit ans, sans antécédents héréditaires. Toujours bien portant, sauf tendance à s'enrhumer chaque hiver. Au mois d'août, il a pris un gros rhume : toux, crachats muco-purulents, points de côté, amaigrissement, sueurs nocturnes. Il continue à travailler jusqu'au 15 septembre, où hémoptysie abondante. L'expectoration de crachats sanglants continue à peu près tous les jours, pendant trois semaines. Il entre à l'hôpital le 7 octobre. A partir de ce moment, les phénomènes fonctionnels s'amendent. Pourtant encore quelques hémoptysies. Il a engraissé et pèse 136 livres. A l'auscultation : rien en avant ; en arrière, à gauche, murmure très affaibli ; inspiration saccadée, expiration prolongée ; à droite, quelques craquements secs après certains efforts de toux.

Inoculé avec 2 milligrammes, le 4 décembre, à onze heures. La température n'a pas atteint 38 degrés. Comme seul signe, expectoration blanche, muqueuse aérée, adhérence au vase avec quelques flocons verdâtres, nummulaires. Inoculé avec 4 milligrammes, le 6 décembre, à onze heures. La température n'a pas atteint 37°,8. Le soir, du côté droit, on trouve facilement des craquements humides et nombreux à droite. Les signes stéthoscopiques sont également plus marqués à gauche.

Le 7, au matin, crachats abondants, avec mêmes caractères que plus haut. Mêmes signes à l'auscultation. Température maxima du dimanche, 37°,6.

Le 8, rien de spécial. Température, 37°,2.

Obs. II. — Une femme, atteinte depuis quatre ans d'un lupus à la face, a été inoculée, par deux fois, avec 2 milligrammes de la lymphe de Koch. A la suite de la première inoculation, au bout de six heures, la malade a présenté une réaction vive, son lupus s'est enflammé, un écoulement jaune, épais, abondant,

s'est produit, et des croûtes se sont formées plus étendues, en même temps qu'un bourrelet inflammatoire s'étendait autour du point malade et réveillait de l'inflammation dans une ancienne dacryocystite, qui s'est mise à suppurer. A la suite de la seconde inoculation, faite quarante-huit heures après la première, la réaction a été plus marquée encore ; la température de la malade s'est élevée jusqu'à 40°,4, on a pu observer des frissons. Les signes locaux ont été un peu plus intenses, mais de même nature qu'après la première inoculation. Les résultats thérapeutiques ne peuvent pas, jusqu'à présent, être considérés comme efficaces.

Obs. III. — Un homme de vingt-neuf ans, ayant un lupus de la face depuis dix-neuf ans, a été inoculé deux fois ; une première fois, avec 2 milligrammes de lymphe, la seconde fois, avec 4 milligrammes. Après la première inoculation, la réaction ne s'est montrée qu'au bout de vingt heures ; le malade a éprouvé des élancements dans la région lupique, et un léger écoulement; mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que le traitement a éveillé, chez le malade, des symptômes pulmonaires : accès de toux et expectoration muco-purulente, les bacilles n'ont pas été retrouvés dans les crachats. Après la seconde inoculation, la réaction a été la même, mais elle s'est manifestée six heures après.

Obs. IV. — Garçon de quinze ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Le 14 juillet, il a eu brusquement une hémoptysie abondante. Il est parti immédiatement à la campagne. Il n'accuse pas de troubles fonctionnels bien nets. Il vient de rentrer à Paris, ayant grandi et augmenté de 10 livres. Pas d'autre hémoptysie que celle du début. A l'auscultation, rien en avant ; en arrière, à droite, rien ; à gauche, matité, perte d'élasticité sous le doigt ; expiration prolongée, soufflante, rares craquements après la toux.

Inoculé le 6 décembre, à onze heures, avec 1 milligramme. Le soir, la température atteint 38 degrés. En arrière, à droite, les signes stéthoscopiques sont très manifestement plus accusés.

Le 7 décembre, même remarque. Urine, 750 grammes, claire avec dépôt blanchâtre assez abondant. Température maxima, 37°,9.

Le 8, au matin, même chose. Température, 37°,3.

Obs. V. — Un homme âgé de quarante-cinq ans, malade seulement depuis le mois de septembre dernier, ne présente actuellement que des signes peu avancés de tuberculose. Il a de la submatité au sommet du poumon droit; en arrière, et à ce niveau, on entend une respiration rude avec de légers craquements. De plus, le malade se plaint d'un léger enrouement. L'examen des crachats révèle l'existence d'une notable quantité de bacilles. Le

malade reçoit 1 milligramme de la lymphe de Koch ; après six heures, la réaction commence ; elle se manifeste d'abord par du malaise général, de la fièvre (38°,4), un enrouement plus accentué et une augmentation rapide des signes pulmonaires. A droite, la respiration est soufflante dans une plus grande étendue, et on entend des craquements humides nombreux. Depuis, les signes ont continué à être très nets, tels qu'ils étaient après la réaction. Après une seconde inoculation de 2 milligrammes, les symptômes pulmonaires sont demeurés très nets.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sarcomes de l'utérus et leur traitement chirurgical ;

Par le docteur Terrillon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
chirurgien de la Salpêtrière.

L'histoire des sarcomes de l'utérus est encore assez obscure; la marche et les caractères de cette lésion sont encore assez mal connus, pour qu'un chirurgien expérimenté soit exposé à de fréquentes erreurs. C'est ainsi que, surtout au début, cette maladie sera souvent confondue avec une affection banale de la muqueuse utérine, telle que la métrite hémorragique ; d'autres fois, et à une période avancée, on pourra se croire en présence d'une tumeur telle qu'un fibrome ou un kyste.

J'ai moi-même éprouvé ces difficultés. Cependant, éclairé par d'assez nombreuses observations, je puis dire qu'il m'est possible maintenant, dans la majorité des cas, d'établir un diagnostic plus précis, et par conséquent d'intervenir avec plus de discernement et avec plus de chances de succès.

J'ai pensé qu'il serait peut-être intéressant de donner le détail des faits, grâce auxquels j'ai ainsi acquis quelque expérience, de les analyser avec soin et de chercher les conclusions qu'ils comportent.

Les quatorze observations que j'ai réunies (la première date de 1886 et fut insérée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*) sont toutes intéressantes à différents points de vue. Deux d'entre elles ont été publiées dans les *Bulletins de la So-*

ciété de gynécologie (1889, p. 203, Communication à propos de deux observations d'hystérectomie pour tumeurs malignes intra-utérines).

Ces observations peuvent être ainsi classées :

1° Quatre cas de sarcomes intra-utérins ou portant surtout sur la muqueuse ;

2° Quatre cas de sarcomes gigantesques du fond de l'utérus ;

3° Trois cas de sarcomes pédiculés, nés du fond de l'utérus et libres dans la cavité du bassin ou de l'abdomen ;

4° Trois cas de sarcomes volumineux contenant de vastes cavités remplies de sang ou de liquide sanguinolent, ou en d'autres termes de *sarcomes kystiques*.

Enfin, à l'aide de ces faits personnels, mais en tenant compte aussi de travaux parus à l'étranger, et surtout d'une thèse fort intéressante soutenue à Zurich, en 1876, par le docteur A. Ragivue, et du *Traité de gynécologie* de M. Pozzi, j'espère contribuer à élucider quelques points encore obscurs concernant cette forme grave de tumeurs utérines; en un mot faire un travail dont les conclusions puissent être utiles au diagnostic et au traitement chirurgical.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le sarcome utérin se développe par deux processus différents. Tantôt il envahit d'emblée et presque exclusivement la muqueuse, n'ayant qu'une influence de voisinage sur le muscle lui-même qui s'hypertrophie seulement.

D'autres fois, au contraire, la lésion naît du muscle utérin et produit à ses dépens une ou plusieurs tumeurs. Quant à la muqueuse, elle peut être augmentée d'épaisseur ; la vascularisation peut être exagérée ; elle contribuera ainsi à l'hypertrophie totale de l'organe et surtout à l'agrandissement de la cavité, mais elle ne participera pas ordinairement à la transformation sarcomateuse.

Ce sont là, on peut le dire, deux formes distinctes aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique, qu'au point de vue clinique : le *sarcome de la muqueuse* et le *sarcome interstitiel* qui est la véritable tumeur du corps de l'utérus.

Il est clair que, dans quelques cas, ces deux variétés pourront

se trouver plus ou moins combinées; elles n'en restent pas moins nettement et individuellement définies. Admise par tous les auteurs, cette distinction se retrouvera sans cesse dans l'étude qui va suivre.

Sarcome de la muqueuse utérine. — On peut décrire deux types bien différents et nettement caractérisés du sarcome de la muqueuse.

Dans une forme assez commune, la muqueuse est hypertrophiée, épaissie par l'infiltration sarcomateuse, et présente du côté de la cavité utérine des bosselures caractéristiques. Cet aspect était surtout remarquable dans l'observation que j'ai présentée, en 1886, à la Société de chirurgie; la muqueuse, dans ce cas, était pour ainsi dire transformée en un grand nombre de mamelons, à peine pédiculés et très vasculaires. Un de ces mamelons siégeait au niveau de l'orifice interne du col qu'il obstruait presque complètement; le sang fourni par la muqueuse s'était ainsi accumulé dans la cavité utérine distendue, constituant un véritable hématomètre.

Ma dernière observation est un autre exemple de cette même forme : la disposition mamelonnée y était seulement moins généralisée et localisée au fond de l'utérus.

A côté de la lésion de la muqueuse, il existe toujours, dans ce genre de sarcomes, une hypertrophie totale de l'organe et un épaississement des parois musculaires. Enfin, la cavité s'agrandit jusqu'à acquérir, comme j'ai pu le constater, 20 à 25 centimètres de profondeur.

Quant au col, il paraît échapper presque constamment à l'envahissement du néoplasme. On sait que cette indépendance des sarcomes du corps et du col de l'utérus est un caractère signalé depuis longtemps.

La seconde forme que mes observations me permettent de décrire est la *forme ulcéreuse*. Ici la muqueuse infiltrée et épaissie ne va pas, comme tout à l'heure, proliférer et végéter. Elle semble, au contraire, souffrir d'une nutrition incomplète et subir des modifications destructives ; on voit, en effet, ses éléments se détacher, laissant une surface anfractueuse, ulcéreuse et jaunâtre, d'où exsude une grande quantité de liquide séreux, à peine sanguinolent. Ce liquide contient une proportion souvent consi-

dérable de débris épithéliaux. Il a l'aspect puriforme caractéristique de l'*hydrorrhée* abondante dont ces malades sont continuellement souillées.

Chez une de mes malades, à laquelle j'ai enlevé l'utérus, en le sectionnant au niveau du col, au-dessus du vagin, cette forme de la lésion était singulièrement nette. L'organe était très hypertrophié et ses parois considérablement épaissies. L'agrandissement de la cavité était particulièrement remarquable, car elle mesurait plus de 22 centimètres. Ces dimensions exagérées m'avaient paru un argument sérieux pour le diagnostic, qu'avait d'ailleurs confirmé l'examen histologique d'un morceau de muqueuse enlevé par le curage. Ainsi s'expliquaient les divers symptômes que présentait cette malade avant l'opération, notamment l'écoulement abondant d'un liquide séreux et jaunâtre qui l'épuisait depuis plusieurs mois. Cet écoulement était souvent combiné avec des hémorragies profuses dues à la rupture de vaisseaux au niveau des parties ulcérées.

J'observe actuellement deux malades, l'une âgée de quarante-huit ans, l'autre de cinquante-trois ans, qui sont également atteintes de sarcomes ulcérés de la muqueuse utérine. Chez ces deux femmes, on trouve un organe volumineux avec cavité exagérée. Le symptôme principal est constitué par des hémorragies souvent profuses, presque continues et accompagnées d'une très abondante hydrorrhée. Cet écoulement complexe avait débuté, dans l'un et l'autre cas, quatre ou cinq ans après la ménopause.

Un curettage énergique, en fournissant des éléments d'examen microscopique, a permis d'établir un diagnostic précis. D'autre part, cette manœuvre suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc et répétée une seconde fois dans l'un des cas, à trois mois de distance, fit disparaître presque complètement les hémorragies. Seul l'écoulement séreux persiste. Cependant ces malades, très affaiblies et alitées depuis longtemps, ont repris des forces et sont en meilleur état qu'avant l'intervention.

Sarcome interstitiel. — Je décrirai aussi deux formes assez nettement définies de sarcomes interstitiels ou sous-péritonéaux.

La première est caractérisée par une hypertrophie considérable de tout l'utérus. Il semble que la production maligne ait

envahi presque en même temps toute l'épaisseur du muscle qui s'hypertrophie en masse, de façon à acquérir un volume parfois énorme; dans une de mes observations, l'organe ainsi altéré pesait 19 kilogrammes.

Une augmentation du diamètre de la cavité utérine accompagne cette hypertrophie; il ne dépasse guère 12 ou 15 centimètres. Enfin les nombreux vaisseaux qui viennent des ligaments larges et qui rampent à la surface de cette grosse tumeur sont notablement exagérés. J'ai principalement remarqué que les veines étaient toujours plus volumineuses que dans les fibromes simples de même volume.

Il n'est pas rare de trouver des fibres musculaires dans quelque partie de ces sarcomes interstitiels, ce qui justifie l'opinion vraisemblable de quelques auteurs pour lesquels ces tumeurs seraient souvent des fibromes transformés en tissu sarcomateux.

Le premier cas de ce genre que j'ai observé présentait cette particularité que le sarcome s'était développé d'une façon pour ainsi dire diffuse dans toute l'épaisseur de la paroi du corps utérin. A peine présentait-il quelques bosselures faisant saillie du côté du péritoine.

Ce sarcome fut enlevé par la laparotomie avec section de l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule lié avec un tube de caoutchouc fut abandonné dans l'abdomen. La tumeur pesait 13 kilogrammes. La cavité était agrandie et mesurait 12 centimètres. Il y eut beaucoup de sang, quoique la muqueuse fût peu altérée. Toute la paroi musculaire était infiltrée de sarcomes.

Cette malade, que m'avait envoyée mon ami le docteur du Castel, guérit rapidement de son opération et put même reprendre son métier de couturière. Mais elle mourut six mois après d'accidents pulmonaires qui semblent avoir été causés par une de ces récidives ou propagations par le système veineux, dont le professeur Virchow a depuis longtemps démontré la possibilité et l'existence fréquente.

En avril 1890, j'opérai à la Salpêtrière un second sarcome diffus d'un volume considérable. La tumeur, qui pesait 17 kilogrammes, fut présentée à la Société anatomique par M. Chibret, interne du service. Elle s'était développée dans l'espace de

quinze à dix-huit mois et communiquait à l'utérus, dont la cavité était devenue énorme, des dimensions telles que le ventre avait 1^m,65 de circonférence.

Né aux dépens du corps de l'utérus, le néoplasme s'était partiellement infiltré dans le ligament large. Il avait contracté des adhérences avec la vessie, dont on ne pouvait le séparer, avec deux anses d'intestin grêle de 50 centimètres chacune, enfin avec les aponévroses des *muscles* iliaques du côté droit.

L'ablation fut très pénible, mais complète. Le pédicule utérin assez petit fut coupé au-dessus du vagin.

Malheureusement, la malade mourut du choc opératoire, au bout de trente-six heures.

Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, mou, très vasculaire, et qui par sa fausse fluctuation simulait un kyste ovarique.

J'ai récemment observé un troisième exemple de sarcome volumineux qui mérite également une mention spéciale.

Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-trois ans, très vigoureuse, ayant eu deux enfants, et opérée en 1873, par M. le professeur Trélat, d'une petite tumeur du sein gauche que ce chirurgien considéra alors comme un sarcome. La guérison fut complète, et rien ne reparut de ce côté.

En 1887, quatorze ans après cette première opération, M^{me}X... s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis quelque temps déjà elle avait des pertes utérines et on avait pensé à l'existence d'un fibrome. Mais l'évolution de la maladie était si rapide que bientôt la circonférence du ventre atteignait 1^m,60.

Quand cette dame, en juillet 1888, vint à Paris, accompagnée de son médecin, M. le docteur Vast, je crus aussi à la présence d'un fibrome à marche rapide et, considérant que la vie de la malade était menacée, je proposai une intervention radicale.

L'opération eut lieu le 24 juillet 1888. J'enlevai facilement une énorme tumeur utérine de 20 kilogrammes et je laissai dans l'abdomen la partie inférieure du col serrée à l'aide d'un tube en caoutchouc.

La guérison fut parfaite, sans incident, et après vingt-cinq jours, la malade quittait Paris.

L'examen de cette vaste tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibro-sarcome, certaines parties présentant des

fibres musculaires à peu près sans mélange, d'autres portions plus étendues étant constituées par du sarcome mou ou fasciculé presque pur.

Cinq mois après cette opération, cette malade présenta quelques accidents du côté du vagin, avec écoulement purulent et légère fièvre le soir. Je pensai aussitôt à quelque récidive, mais je ne tardai pas à découvrir la cause de tous ces phénomènes : le tube de caoutchouc vint bientôt se présenter au fond du vagin. Il fut facilement retiré, et tous les accidents cessèrent. La malade reprit donc, en décembre 1888, ses habitudes et sa vie habituelle avec toutes les apparences de la plus belle santé.

Mais, vers le mois de mai de l'année 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après l'intervention radicale, apparurent les phénomènes de compression vésicale et rectale, avec crises douloureuses dans le bas-ventre.

Quand je la vis en août 1890, mon ancienne opérée était manifestement atteinte d'une récidive, caractérisée par une tumeur qui remplissait presque complètement le bassin, sans proéminer d'une façon très sensible dans le vagin. Elle mourut en octobre.

Enfin, il m'a encore été donné d'observer, en juin 1890, chez une fille âgée de vingt-huit ans, un de ces volumineux sarcomes interstitiels.

Quand j'examinai cette malade, le 1er juin, le ventre était énorme, les veines superficielles dilatées. On pouvait apprécier la présence d'une tumeur gigantesque, dure, résistante, se confondant avec l'utérus qui était entraîné très haut dans le bassin et dont il était difficile d'atteindre le col par le toucher vaginal.

La rapidité du développement me fit penser à un sarcome. Malgré le très mauvais état de la malade, mais d'après le conseil du professeur Tarnier, je tentai une opération qui était la seule chance de soulagement et de prolongation de l'existence.

Cette opération eut lieu le 1er août 1890. Elle fut des plus pénibles. Comme chez la malade précédente, l'utérus, transformé en un immense sarcome interstitiel de 15 kilogrammes, s'était infiltré entre les deux feuillets du ligament large en se coiffant d'anses intestinales auxquelles il adhérait. Je pus cependant le séparer de ces organes ainsi que de la vessie, sans les blesser.

Les feuillets du ligament large qui entouraient la base de la tumeur furent coupés et liés au moyen de dix-huit ligatures en chaîne. Le pédicule utérin, qui était de petites dimensions, fut enfin abandonné dans l'abdomen.

Cette malade guérit de l'opération; mais elle resta languissante, et j'ai appris qu'il existait déjà une récidive (*novembre* 1890).

La seconde forme de sarcome interstitiel dont je vais parler est assez commune.

Ce qui la caractérise, c'est la production du sarcome par places ordinairement bien circonscrites. A son début, la tumeur occupe la surface ou l'intérieur du muscle utérin, constituant un noyau qui fait à peine saillie sous le péritoine. Puis en se développant, elle fait de plus en plus saillie dans la séreuse qu'elle repousse jusqu'à ce que finalement elle se pédiculise. Plus tard, elle s'élargit par sa partie saillante, affectant la forme d'un champignon lisse, à peine bosselé, qui flotte pour ainsi dire dans la cavité abdominale, retenu au corps de l'utérus par un pédicule de volume variable.

On peut trouver à la surface de l'utérus deux ou trois productions semblables à des stades différents de volume et de pédiculisation. L'organe qui porte ainsi cette sorte de tumeur est toujours hypertrophié.

Le pédicule a un volume variable. Je l'ai vu varier entre 5 et 10 centimètres de diamètre environ.

Il est utile d'insister dès à présent sur ce fait que, malgré cette forme pédiculée, le tissu sarcomateux s'enfonce toujours dans la paroi utérine; par suite, l'opération partielle qu'on peut faire sur chaque tumeur, sans toucher à la substance de l'organe, est presque fatalement incomplète.

J'ai eu trois fois l'occasion d'enlever des sarcomes sous-péritonéaux pédiculés du fond de l'utérus. Ils étaient libres dans l'abdomen et sans adhérences. Cependant, dans le troisième cas, la tumeur qui occupait entièrement le petit bassin produisait depuis quinze jours des phénomènes de compression avec rétention d'urine et des signes assez sérieux d'étranglement. Lors de l'opération, j'éprouvai les plus grandes difficultés à retirer du bassin cette masse ainsi enclavée, et je n'y arrivai qu'au

bout de vingt minutes, après l'avoir déplacée dans tous les sens et l'avoir fait pivoter sur tous ses diamètres.

Je fis enfin, sur le corps de l'utérus, un peu au-dessus des culs-de-sac vaginaux, un pédicule qui me parut trop gros pour être rentré dans l'abdomen, et que je fixai à la paroi, après avoir placé un lien de caoutchouc et une broche.

Après cette opération pénible, dans laquelle j'étais assisté par M. Siredey, notre regretté collègue des hôpitaux, et M. le docteur Thiéry (de Rouen), je fus témoin d'un curieux accident.

Pendant deux jours, tout alla bien ; la température n'atteignait pas 38 degrés ; les intestins et la vessie fonctionnaient normalement, quand, le matin du troisième jour, je m'aperçus qu'il s'était produit pendant la nuit une abondante hémorragie par le pédicule. Celui-ci avait été à moitié coupé par le caoutchouc et était rentré assez profondément. Un tamponnement énergique, après nettoyage des caillots, arrêta le sang. Mais une septicémie rapide se déclara, et la malade mourut cinq jours après.

L'examen de l'utérus donna l'explication de cet accident : il s'agissait d'un sarcome à petites cellules et à développement rapide. Or, au moment de faire le pédicule, croyant couper dans le tissu sain, je m'étais trouvé en plein dans la substance sarcomateuse molle, friable, qui n'avait pas pu résister à la constriction du caoutchouc, et avait été sectionnée, occasionnant ainsi l'hémorragie, puis les accidents septiques rapidement mortels.

Sarcomes kystiques. — On peut décrire une troisième variété de sarcomes : *le sarcome kystique.*

Il s'est formé dans la masse de la tumeur soit des kystes véritables, soit, par places, un ramollissement partiel donnant l'apparence de kystes.

Ceux-ci sont rares et disséminés dans le sarcome, de façons variables. Généralement, on trouve dans ces cavités qui acquièrent parfois un volume considérable, du liquide sanguin ou plutôt une bouillie noirâtre, nettement fluctuante, et dans laquelle nagent souvent des lambeaux de tissu sarcomateux.

J'ai observé un exemple bien curieux de cette variété, au cours d'une incision exploratrice.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-six ans, qui avait commencé, en 1888, à souffrir dans l'abdomen et à avoir des

pertes abondantes. M. le professeur Damaschino, consulté, ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable ; il pensa à un fibrome au début.

Mais la maladie faisait de rapides progrès, et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic ; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde. L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres et faisant corps avec l'utérus, qui était repoussé en avant et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus.

Cédant aux désirs de la malade et du médecin qui l'accompagnait, le docteur Mavrikos, je consentis à faire l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme dont la surface était parcourue de veines dilatées. Une ponction donna, en deux fois, 5 litres de liquide noir qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans ces poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide.

Mais en examinant avec plus de soin cette tumeur, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large ; qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait ainsi qu'à l'épiploon ; enfin que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intestinales. Je pris donc un fragment du néoplasme qui pût permettre un examen histologique, et je refermai l'abdomen à l'aide de douze sutures.

Les suites de l'opération furent bonnes. La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment et, en juillet (moins de deux mois après l'incision exploratrice), elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

J'ai rencontré récemment (août 1890) un second exemple de cette même forme anatomique de sarcome.

C'était chez une dame de cinquante-deux ans, femme d'un médecin, qui portait depuis une douzaine d'années une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des

troubles peu accentués. Cependant la maladie, qui était restée longtemps stationnaire, évoluait depuis dix-huit mois avec une grande rapidité. La tumeur envahissait peu à peu l'abdomen, qu'elle ne tarda pas à remplir, et qui atteignit une circonférence de $1^{m},50$. En même temps, l'examen révélait, dans cette vaste masse à développement rapide, des parties nettement fluctuantes.

La vie était évidemment menacée, et on décida une opération.

Le diagnostic me semblait peu douteux : il s'agissait, à cause du développement rapide qui, d'ailleurs, n'est pas très rare dans cette variété, d'un sarcome avec kyste volumineux.

L'opération eut lieu le 10 août 1890. Je me proposais de tenter l'ablation de l'utérus par la laparotomie, en pratiquant la section au-dessus du vagin.

Dès l'ouverture de l'abdomen, je constatai que les parois de la cavité fluctuante présentaient un épaississement et une vascularisation exagérés. L'idée d'un sarcome fut donc justifiée. Je fis une ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain, on put extraire environ 5 litres d'un liquide rougeâtre.

La tumeur étant ainsi diminuée de volume, je me proposai de l'enlever. Mais je ne tardai pas à reconnaître des adhérences épiploïques considérables et des noyaux sarcomateux dans l'épiploon. De plus, deux anses intestinales étaient intimement unies avec la tumeur.

Malgré ces difficultés, je pus, non sans peine, couper l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux, en formant un pédicule volumineux, qui fut fixé dans l'angle inférieur de l'ouverture abdominale.

La partie solide de la tumeur enlevée pesait environ 12 kilogrammes. Elle était composée de tissu sarcomateux, mélangé de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse. En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

Enfin, j'ai enlevé au mois d'octobre 1890, chez une femme de quarante-six ans, une tumeur à peu près analogue à la précédente, moins volumineuse, formée aux dépens du fond de l'utérus. Dans cette tumeur existaient trois grandes cavités contenant chacune de 1 à 3 litres de sang presque pur.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Symptômes. — Les descriptions précédentes ont fait voir combien sont variés les aspects anatomiques sous lesquels peuvent se présenter les sarcomes de l'utérus. Leur volume, leur consistance, leur forme, l'existence de kystes dans leur intérieur sont autant d'éléments variables.

J'ai pu faire encore quelques remarques intéressantes au sujet de leur développement, de leurs symptômes et surtout des indications de l'intervention chirurgicale.

L'âge des malades mérite, en premier lieu, d'attirer l'attention ; il varie de trente à cinquante ans environ. On ne peut s'empêcher de comparer ce développement survenant à l'âge moyen de la vie, à l'apparition des sarcomes de l'ovaire dans la jeunesse, de quinze à vingt-cinq ans.

Un second caractère intéressant de ces sarcomes, et surtout des sarcomes du corps de l'utérus, est leur fréquence plus grande chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. C'est ainsi que, sur mes quatorze observations, deux des malades seulement avaient eu un enfant dans la jeunesse.

Ce rapport entre l'inactivité de l'utérus et le développement du sarcome a déjà été signalé par la plupart des auteurs. Je ne tenterai pas plus qu'eux d'en donner l'explication.

Enfin, une remarque capitale, surtout au point de vue du diagnostic, concerne le développement rapide de ces tumeurs. Toutes les fois qu'on assiste à l'évolution, en quelques mois, d'un néoplasme aux dépens de l'utérus, quelles que soient sa consistance, son étendue et ses connexions, il faut penser au sarcome.

L'intégrité presque absolue de l'état général est un des caractères cliniques les plus remarquables dans cette maladie. Au début, c'est à peine si l'embonpoint a diminué, si l'aspect général a subi aucun trouble. Souvent même, le sarcome a atteint un volume considérable, sans que rien n'annonce une perturbation dans la santé. Huit de mes malades, avant les phénomènes de compression tardifs qu'elles subirent, justifièrent en tous points cette règle.

Le cas suivant est un remarquable exemple d'une évolution

rapide de la lésion coïncidant avec la conservation la plus parfaite de la santé.

Une femme de quarante-cinq ans, n'ayant jamais eu d'enfant et jouissant d'une santé florissante, éprouvait, en mars 1889, sans y prendre garde d'abord, quelques douleurs dans le bas-ventre et un peu de gêne dans la miction. Éloignée de chez elle, elle consulte, à Pau, un médecin qui lui annonce la présence d'une petite tumeur attenant à l'utérus. Elle revient aussitôt à Paris (le 10 mars) et vient me consulter. Après l'examen, je conclus — mais sans préciser davantage le diagnostic — à l'existence d'une tumeur dure, peu volumineuse, siégeant au fond de l'utérus.

Trois semaines après, nouvel examen. Les douleurs abdominales, surtout la gêne de la miction et de la défécation s'étaient accentuées très rapidement. On put constater, cette fois, la présence de la même tumeur qui, maintenant, remplissait le bassin.

Bientôt éclatèrent des symptômes graves d'obstruction intestinale, et, le 17 avril, j'opérai, principalement pour parer aux accidents aigus de compression. J'enlevai deux tumeurs pédiculées pesant 3 et 4 kilogrammes, et composées exclusivement par du tissu sarcomateux à fines cellules, sans kystes.

Un exemple à peu près analogue s'est présenté à moi dans le courant de l'année 1888.

J'étais, en effet, appelé en province par le docteur Gey, près d'une jeune femme de trente-deux ans, mariée, sans enfant, qui présentait tous les symptômes d'une tumeur du fond de l'utérus. Cette jeune femme, encore bien portante, se plaignait surtout de douleurs abdominales violentes et de phénomènes de compression, qui avaient débuté quelques mois auparavant. Le médecin avait été frappé du développement rapide de la lésion. D'après lui, la marche avait été tellement aiguë que, en quelques semaines, la tumeur avait triplé de volume.

Après examen, je fis le diagnostic de sarcome pédiculé du fond de l'utérus, faisant saillie dans le bassin, et je proposai une opération.

Elle eut lieu le 4 août 1889. J'enlevai un sarcome pédiculé pesant 3 kilogrammes. Le pédicule naissait du fond de l'utérus

et avait le volume du poignet. Ce pédicule fut lié avec un tube de caoutchouc, cautérisé superficiellement et abandonné dans l'abdomen.

On a beaucoup discuté, surtout en Allemagne, sur la transformation des fibromes en sarcomes. On a, sans doute, exagéré la fréquence de ce fait, et bien des tumeurs encore petites ont pu, dans certains cas, être prises pour des fibromes, alors qu'il s'agissait de sarcomes au début.

Cependant, dans deux sarcomes volumineux, de 17 à 20 kilogrammes, que j'ai examinés, il existait des parties nettement fibromateuses, mélangées aux noyaux sarcomateux. Il est donc bien permis d'admettre que la transformation est possible, ou que les deux variétés de tissu peuvent se développer simultanément.

Marche. — On a vu avec quelle rapidité évoluaient ces sarcomes utérins, surtout ceux qui naissent au fond de l'utérus. Aussi ne peut-on s'étonner que les malades vivent rarement plus de deux ans, à compter de l'apparition primitive de la lésion. Dans mes observations, cette survie a été rarement dépassée.

Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dépendre surtout des phénomènes de compression du côté du bassin ou de l'abdomen ; par exemple, quand la tumeur, s'infiltrant dans le ligament large, vient se mettre en contact assez direct avec les intestins.

Après l'ablation, la récidive est la règle ; elle survient, en général, au bout de six à huit mois ; elle a mis, dans une de mes observations, deux ans avant de se produire. Si l'organe malade n'est pas enlevé en totalité, c'est dans le moignon qu'aura lieu la nouvelle évolution néoplasique. D'autres fois, ce sera dans les parties voisines. Chez une de mes malades, c'est le poumon qui fut pris : le sarcome n'attaque pas les ganglions.

Cette question de la récidive est admise par les chirurgiens qui ont opéré de semblables tumeurs. Si l'on cite quelques exemples de sarcomes de l'utérus sans récidive rapide, c'est qu'il s'agissait de la forme rare de sarcomes durs, fasciculés et à développement lent.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du sarcome de la muqueuse est fort délicat.

Cependant on peut tenir compte ici de plusieurs signes assez importants qui, se combinant, permettront d'arriver à une véritable précision. C'est ainsi qu'un écoulement sanguin abondant, presque continu, une augmentation considérable du volume de l'utérus et un agrandissement notable de sa cavité, sont des symptômes qui, groupés, indiqueront presque à coup sûr la nature de la lésion. Et si on les observe chez une femme qui a, depuis quelques années, atteint l'âge de la ménopause, ils acquièrent une valeur encore autrement considérable.

J'ai pu de cette façon faire un diagnostic très précis chez une femme de cinquante-deux ans, grasse et bien portante, que m'avait adressée le docteur Lecoin. Après avoir constaté un écoulement presque permanent de sang très noir, faisant issue par le col, je mesurai la cavité utérine et trouvai une étendue de 15 centimètres. L'utérus était gros comme les deux poings. J'affirmai donc la présence d'un sarcome. Néanmoins, je ne crus pas devoir proposer l'opération, le volume de l'utérus étant trop considérable pour que l'extraction pût être faite par la voie vaginale. Mais je pus assister à la déchéance rapide de cette santé florissante, à l'aggravation des signes que j'avais constatés. Enfin, au bout de cinq mois, cette malade mourait de cachexie, avec des phénomènes de compression grave du côté de l'intestin.

Le diagnostic du sarcome interstitiel au début est souvent très difficile.

La présence de bosselures, de tumeurs faisant saillie à la surface du corps de l'utérus, pourra certes faire penser à cette affection. Mais l'analogie qu'elle présente avec le fibrome est telle qu'un seul caractère permettra d'affirmer la présence du sarcome : la marche rapide qu'aura suivie la maladie.

Ce signe ne sera pas moins précieux pour les énormes sarcomes, dont l'évolution est beaucoup plus prompte que celle des fibromes d'un même volume.

D'une façon générale, on peut dire que la seule opération rationnelle est l'ablation totale et absolue de l'organe atteint par la maladie. Seule, cette intervention radicale peut mettre à l'abri d'une récidive locale presque certaine ou d'une propagation à distance par le système veineux, si celui-ci n'est pas encore envahi au moment de l'action opératoire.

Mais, à part cette indication générale, le mode d'intervention doit varier avec chaque forme spéciale de la maladie; je me propose de passer en revue chacune des variétés de sarcome, avec les résultats opératoires qu'elle m'a fournis.

L'ablation totale, nettement indiquée, ne peut malheureusement pas se faire toujours dans de bonnes conditions ; souvent même, elle devient impossible par suite de certains rapports anatomiques.

L'enlèvement de l'organe par la voie vaginale n'est applicable qu'au sarcome intra-utérin encore à son début. En effet, le corps de l'utérus augmente bientôt de volume et devient tellement gros que son passage par les voies naturelles est presque impossible.

J'ai dû, dans un cas, fragmenter l'organe pour pouvoir le sortir par le ventre, et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'il a pu être enlevé en entier.

Il faut, cependant, savoir que ce mode opératoire est indiqué dans tous les cas où l'utérus est encore petit et mobile, circonstances rares à la vérité, car les malades n'arrivent que tardivement près du chirurgien ; un léger écoulement de sang ou de sérosité, sans autre incommodité, n'ayant pu leur faire soupçonner pendant longtemps la gravité du mal.

Quoi qu'il en soit, c'est donc là une ressource bien restreinte et bien rare qui s'offre au chirurgien.

L'intervention par la voie abdominale est, au contraire, d'une application autrement générale et convient non seulement aux sarcomes pédiculés, aux sarcomes gigantesques et kystiques, mais aussi aux sarcomes intra-utérins.

En ce qui concerne ces derniers, qui touchent aussi rarement au col que la forme interstitielle proprement dite, on ne voit

pas pourquoi, la voie vaginale étant impraticable, on n'appliquerait pas à ces tumeurs, comme aux fibromes, l'hystérectomie sus-vaginale. J'ai ainsi enlevé trois fois, par la laparotomie, des sarcomes de la muqueuse avec hypertrophie considérable de l'utérus. Le pédicule, lié par un tube de caoutchouc, fut abandonné dans le ventre.

La première de ces malades fut opérée en 1885, pour un sarcome végétant avec accumulation de sang dans la cavité utérine. Cette malade guérit bien et ne mourut que treize mois après, de récidive du côté du bassin.

La seconde fut opérée à la Salpêtrière, le 1er avril 1887, pour un sarcome de la muqueuse donnant également une grande quantité de sang avec hypertrophie considérable de l'utérus. La guérison eut lieu; mais la récidive, plus rapide dans ce cas, entraîna la malade au bout de cinq mois.

La troisième malade est celle déjà signalée (observation déjà signalée), qui guérit également des suites de l'intervention, mais succomba, huit mois après, d'une récidive dans le poumon.

Le même procédé peut être appliqué aux sarcomes gigantesques avec d'autant plus de facilité — c'est du moins ce que j'ai observé dans ma pratique — que le col est moins volumineux, c'est-à-dire que le pédicule laissé dans le ventre sera plus petit. Mais ici l'opération est plus grave, à cause des adhérences fréquentes avec l'intestin ou les organes voisins.

Les sarcomes pédiculés sont évidemment justiciables d'une opération du même genre.

Cependant, tenté par les circonstances particulièrement favorables et surtout par l'existence naturelle du pédicule, je me suis laissé aller trois fois à n'enlever que la tumeur, sans toucher au corps de l'utérus.

Dans l'un de ces cas, le succès opératoire fut complet; malheureusement la malade mourut deux mois après, par repullulation au niveau du pédicule. Mais, les deux autres fois, j'eus à me repentir d'avoir ainsi cédé au désir de pratiquer une intervention plus simple.

J'ai déjà signalé le premier de ces insuccès. C'est cette opération dans laquelle le pédicule sarcomateux fut sectionné par le lien de caoutchouc qui le fixait au dehors. Une hémorragie

grave, puis des accidents septicémiques mortels s'ensuivirent.

Dans le second cas, le pédicule fut rentré, mais il y eut une septicémie aiguë. Peut-être s'agit-il ici d'une de ces auto-infections par les microbes contenus dans le tissu sarcomateux, que Martin et ses élèves ont bien étudiées?

En présence de pareils échecs, je n'hésiterai pas désormais, pour les sarcomes pédiculés comme pour les autres, à enlever l'utérus en totalité, au-dessus du vagin.

Quant à l'extirpation de l'utérus avec le col, ce serait une intervention idéale, mais dont les suites immédiates sont si mauvaises qu'il faut en réserver l'indication.

Je terminerai ce qui concerne le traitement chirurgical en rappelant que les sarcomes intra-utérins, saignant et donnant lieu à un écoulement abondant, peuvent être traités localement par la dilatation, le grattage et des cautérisations au chlorure de zinc et au perchlorure de fer.

J'aï plusieurs fois usé de ce moyen, et le bénéfice a toujours été considérable. Les hémorragies particulièrement ont été arrêtées assez vite, et pour assez longtemps. Seul l'écoulement hydrorrhéique, d'ailleurs atténué, persistait.

On peut appliquer ce traitement plusieurs fois et à des intervalles variables, lorsque l'opération radicale est inopportune ou refusée par la malade.

Trois fois j'ai noté, après cette sorte d'intervention, le soir même et persistant pendant un ou deux jours, une élévation brusque de température allant jusqu'à 40 degrés. Le curetage et les cautérisations avaient cependant été pratiqués avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. De plus, jamais pareil phénomène n'a été observé après les curetages pour métrites, quelle que fût leur importance.

J'attribue cette hyperthermie à l'auto-infection de produits contenus dans la cavité utérine ou dans le tissu sarcomateux lui-même.

Je signalais déjà des faits analogues à propos d'une septicémie aiguë, causée par un pédicule sarcomateux. Cette question des produits septiques que contiennent certaines tumeurs est à l'étude, et présente le plus grand intérêt. Nous savions, en effet, depuis longtemps combien la moindre opération sur cer-

tains néoplasmes malins pouvait être suivie d'accidents graves, malgré toutes les précautions antiseptiques.

Quelques travaux modernes sur ce sujet nous éclairent déjà sur l'étiologie de certaines septicémies dont l'origine ne peut être imputée à une faute opératoire, mais reconnaît probablement pour cause une infection venant du tissu néoplasique.

CORRESPONDANCE

Du traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch.

Le *Bulletin de thérapeutique* ne reste pas étranger à la découverte que vient de faire Koch. Il a envoyé des correspondants à Berlin, et il suit les diverses expériences qui se font à ce sujet tant en France qu'à l'étranger. Le journal attend que ces expériences aient donné des résultats plus positifs pour en entretenir ses lecteurs. Ainsi qu'on a pu le voir, nous publions aujourd'hui même, dans la première partie du journal, les premiers résultats obtenus à l'hôpital Cochin sous ma direction. Nous donnons également une analyse faite par le docteur Ley, relative à la composition de la lymphe de Koch.

Le secrétaire de la rédaction,
DUJARDIN-BEAUMETZ.

ANALYSE DE LA « LYMPHE » DE KOCH FAITE A VIENNE.

A M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

La « lymphe » de Koch est un liquide sirupeux, de couleur brune, avec une fluorescence légèrement verdâtre, surtout en dilution ; d'une odeur *sui generis* caractéristique. De prime abord, elle donne la sensation doucereuse et sucrée du miel. Chauffée légèrement, elle a une odeur de fruit. En continuant à chauffer, elle dégage l'odeur de cheveux ou de plumes brûlés ; enfin, si on élève encore la température, c'est l'odeur de corne brûlée qui se dégage. Par l'incinération, on arrive à une combustion complète mais difficile, ne laissant pour résidu que 1 pour 100 de cendres.

Liqueur à réaction neutre, traitée par l'acide acétique, elle se trouble légèrement d'un nuage mucilagineux ou caséeux

(mucine ou caséine); par le ferro-cyanure de potassium, on a un précipité plus fort, semblable à de l'albumine (1).

Mais ces données vagues ne peuvent suffire à caractériser la « lymphe » de Koch. La *biurret-réaction* (2) est très forte (peptone).

La liqueur de Fehling ne donne qu'une réaction insignifiante et on y constate l'absence absolue de sucre. Le soufre et le phosphore ne s'y trouvent sous aucune forme. En revanche, il y a une quantité légère de chlorure, mais aucune combinaison de cyanogène, ce qui exclut toute idée du cyanure d'or admise tout d'abord. La petite quantité de liquide donnée à l'analyse n'a pas permis la recherche des alcaloïdes ou des albuminoïdes qui pourraient s'y trouver. Les réactifs capables de déceler la présence des alcaloïdes en présence de l'albumine de l'œuf n'ont donné aucun résultat.

De cette analyse succincte, on pourrait conclure que la substance active de la « lymphe » est une toxalbumine ou de l'euzine.

Cette supposition serait confirmée par les effets foudroyants produits dans l'économie même, si on l'emploie à dose homéopathique, effets qu'on n'a observés jusqu'à présent qu'avec les fermentations de pepsine, diastase, curare, etc., corps albuminoïdes. Lorsque ces substances ont sur l'organisme animal un effet délétère, on les nomme en médecine des toxalbumines et en chimie des ferments. Ces corps sont à la limite de la chimie organique et de la chimie biologique, qui contient une série de problèmes non encore résolus, et que les travaux de Koch poussés si loin mettent aujourd'hui à l'ordre du jour.

REVUE GÉNÉRALE DE LARYNGOLOGIE

Par le docteur A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Signe précoce du cancer de l'œsophage. — De la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. — De l'emploi de la sonde à demeure dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Pachydermie laryngée des replis interaryténoïdiens. — De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante.

Signe précoce du cancer de l'œsophage, par E. Gaucher (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 18 juillet 1890).

---

(1) Ce trouble augmente et ressemble à de l'albumine.
(2) J'ai dû traduire mot à mot, conservant le mot allemand *biurret-réaction* dont je ne trouve pas l'équivalent en la traduction.

— Le cancer de l'œsophage est susceptible, à sa période de début, de revêtir une symptomatologie très trompeuse, quand le conduit n'a pas encore subi un rétrécissement qui permette de soupçonner l'existence de la maladie. Cette symptomatologie est créée par la lésion de voisinage des nerfs récurrents. Il y a déjà douze ans, j'avais eu l'occasion d'attirer l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur ces débuts anormaux, et depuis, des exemples de ce genre ont été cités par divers laryngologistes et s'ils sont connus par les spécialistes, ils le sont fort peu des médecins. Je veux parler des troubles de la voix et de ceux de la respiration. Il n'est pas absolument rare de rencontrer des malades d'un certain âge, de quarante-cinq à soixante ans, ayant déjà quelques troubles digestifs ayant peu attiré leur attention, ainsi qu'une dépréciation sensible de l'état général, qui viennent, dans les cliniques spéciales, se plaindre d'une altération vocale caractérisée par une fausseté particulière qui a été décrite, depuis longtemps, par Krishaber, sous le nom de *voix bitonale*. Ce caractère anormal de la voix permet de diagnostiquer d'avance une paralysie récurrentielle, facile à reconnaître à l'examen laryngoscopique. Ce signe permet de reconnaître quelquefois, au début, le cancer de l'œsophage et ne tarde pas être suivi des symptômes pathognomoniques, la dysphagie des solides d'abord, puis des liquides.

Plus rarement ces malades peuvent présenter des troubles de la respiration, absolument semblables à ceux qui se rencontrent dans le cours des anévrismes de l'aorte, par suite de la même cause : la compression du nerf récurrent.

C'est justement un cas de cette espèce que le docteur Gaucher a décrit à la Société médicale des hôpitaux, en le présentant comme un signe précoce du cancer de l'œsophage, peu étudié et observé jusqu'ici. Ce trouble respiratoire peut parfois être assez grave pour commander la trachéotomie qui a failli être pratiquée par notre collègue.

De la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par F. Terrier et Delagenière (*Revue de chirurgie*, mars 1890); et par P. Berger et Canniot (*France médicale*, 25 avril 1890). — **De l'emploi de la sonde à demeure dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage**, par M. Gangolphe (*Lyon médical*, 6 et 13 juillet 1890). — Quand le conduit œsophagien est rétréci par l'action du néoplasme, au point de ne plus permettre au malade l'ingestion d'aucun aliment solide et très difficilement celle des substances liquides, il est d'une urgence absolue de s'opposer aux effets d'une inanition dont la marche est d'une rapidité effrayante, les malades pouvant perdre en un court espace de temps le quart ou le tiers de leur poids. Deux moyens sont em-

ployés par la thérapeutique, le cathétérisme ou l'ouverture de l'estomac.

L'*ouverture de l'estomac*, ou *gastrostomie*, a donné, au début de son emploi, des résultats déplorables, les malades ayant succombé à la suite de la façon la plus rapide; mais depuis, l'opération semble avoir été pratiquée avec plus de bonheur par quelques-uns de nos chirurgiens, et nous pouvons lire dans la *Revue de chirurgie* un travail très remarquable de Terrier et Delagenière. Ces auteurs sont partisans de l'ouverture immédiate de l'estomac, après avoir pris la précaution de bien fermer le péritoine par une suture très soigneuse. Alors seulement ils pratiquent l'ouverture de l'estomac avec le bistouri.

Tous les chirurgiens ne partagent pas, sur ce point opératoire, la confiance de Terrier et Delagenière, ainsi *Berger* et *Canniot* recommandent de faire l'opération en *deux temps* et de n'ouvrir l'estomac que deux jours après l'intervention au moyen du thermocautère.

Cette opération entraîne à sa suite des conséquences très fâcheuses et nécessitant des soins spéciaux; je veux parler de l'issue du suc gastrique et de l'action de ce liquide sur la plaie. Terrier et Delagenière recommandent de recouvrir la plaie avec la muqueuse, puis de mettre à l'entour des sachets contenant du carbonate de magnésie. Grâce à cette précaution, ils ont pu arrêter les progrès de l'ulcération.

Les mêmes auteurs prescrivent aussi de ne commencer l'alimentation que le lendemain de l'opération et de l'augmenter peu à peu.

Le malade qu'ils ont opéré a survécu seulement quelques mois.

Le succès opératoire remporté par ces chirurgiens ne prouve simplement que la possibilité, pour les opérateurs modernes, de mener à bien une opération qu'on a considérée longtemps comme mauvaise et impraticable, mais le résultat ne peut guère être considéré comme fort encourageant; la survie est courte, en raison des troubles qui sont causés par l'absence d'ingestion des sucs buccaux. On sait du reste que même la gastrostomie pratiquée chez les individus atteints de rétrécissement cicatriciel ne tarde pas à être suivie de troubles graves de la digestion qui ne peuvent être enrayés que lorsqu'on a rendu au canal œsophagien sa perméabilité. Cet inconvénient consécutif à la gastrostomie a été signalé par le professeur Le Fort dans un article publié à ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1890, et tout récemment le docteur Terrillon, qui avait pratiqué avec succès la gastrostomie dans un cas de ce genre, dut faire le cathétérisme de l'œsophage par la voie stomacale pour consolider une guérison qui était compromise par des troubles assez sérieux de la digestion.

La gastrostomie ne devra donc être faite que dans les cas d'obstruction tellement complète du canal œsophagien qu'il ne soit pas possible de passer une sonde par cette voie et chez des sujets qui ne soient pas trop cachectisés.

Le moyen le plus pratique est encore l'emploi des sondes à demeure que le docteur Gangolphe recommande, après tant d'autres, dans le *Lyon médical* des 6 et 13 juillet 1890. Ce moyen, dit-il, est très supérieur à la gastrostomie, et permet une survie beaucoup plus longue. On raconte du reste que Krishaber, qui le préconisait beaucoup au moment où on ne faisait pas de gastrostomie, avait obtenu, dans un cas, une survie de deux à trois cents jours, et qu'il avait pu faire supporter à son malade, pendant tout ce temps, la sonde à demeure.

Gangolphe recommande l'emploi de sondes très étroites, rendues rigides par l'introduction d'un mandrin. Toujours il a pu, même dans les cas les plus difficiles, faire passer des sondes de très petit calibre en employant le temps et la patience.

Notre expérience est conforme à celle de Gangolphe, et voici comment nous opérons.

Nous prenons une sonde en caoutchouc rouge, du calibre des fines sondes urétrales, que nous remplissons avec un long mandrin en gomme présentant en bas quelques renflements. Si nous éprouvons à franchir le rétrécissement trop de difficultés, nous employons une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième, même au cinquième, que nous introduisons à l'entrée de l'œsophage et même dans ce conduit aussi loin que nous le pouvons, à l'aide d'un porte-ouate très recourbé ; il est rare que grâce à ce moyen, nous n'arrivions pas à franchir le rétrécissement, puis nous introduisons le liquide alimentaire soit à l'aide d'une seringue, soit au moyen d'un entonnoir, en ayant soin préalablement de superposer à la sonde introduite une autre sonde, ce à quoi nous arrivons facilement en employant un tube de verre qui réunisse les deux sondes. Avant d'introduire des aliments, pour la première fois, nous avons la précaution de faire précéder le repas par l'introduction d'une petite quantité d'eau.

Quant au maintien de la sonde, il est très aisé, soit qu'on la laisse pendre au dehors de la bouche en la fixant aux dents, soit qu'on l'attire dans les fosses nasales, ce qui est très facile en attachant la sonde à un fil qu'on fait passer par le nez.

On devra toujours enduire le mandrin de vaseline pour pouvoir le retirer facilement.

Cette pratique de la sonde à demeure a été modifiée à l'étranger par Leyden et Renvers qui ont cherché à tuber l'œsophage au moyen de petits canaux métalliques ou en gomme qu'on introduit et qu'on abandonne après.

Mais ce moyen, qui a l'avantage de permettre d'ingérer la salive

avec les aliments, a un inconvénient très sérieux, qui est le séjour de parcelles alimentaires entre les tubes et les parois du canal œsophagien.

Pachydermie laryngée des replis interaryténoïdiens, par O. Chiari (*Wiener Klin. Wochens.*, 9 octobre 1890). — Dans ces dernières années, les histologistes allemands ont donné le nom de *pachydermie laryngée* à une lésion localisée à quelques parties de l'organe, revêtues d'épithélium pavimenteux.

C'est surtout à la région interaryténoïdienne et au milieu de la face postérieure du larynx, ainsi qu'aux procès vocaux et à la partie la plus en arrière des cordes vocales inférieures, que l'on trouve cette disposition. Ces régions limitées du larynx sont susceptibles d'augmenter de volume et de présenter à l'examen laryngoscopique de véritables tumeurs, à base très large et à sommet légèrement acuminé. Ces tumeurs ressemblent à de véritables végétations par leur aspect irrégulier, végétant et dentelé. Cet épaississement de la muqueuse laryngienne a généralement un aspect peu coloré, presque blanchâtre ou grisâtre. Ces tumeurs s'ulcèrent peu, habituellement. Quand on examine leur structure, on trouve un épaississement considérable de l'épithélium qui forme de véritables papilles, et ces papilles peuvent ressortir en dehors du tissu de la tumeur ou y pénétrer plus ou moins profondément en formant, dans le tissu pathologique, de véritables dentelures. Au-dessous, le tissu cellulaire est plus ou moins serré, vasculaire, et on peut quelquefois y rencontrer des organismes de diverses maladies, tels que les cellules géantes et les bacilles de la tuberculose. L'altération, dans ces derniers cas surtout, envahit les diverses parties du larynx, et les cordes vocales peuvent se trouver intéressées dans une étendue quelquefois plus grande qu'habituellement.

Le docteur Chiari (de Vienne) a fait une étude très intéressante de cette variété de lésion laryngienne, qu'il a communiquée au congrès international de Berlin (1890). Il a montré, dans ce mémoire, que cette lésion n'était pas particulière à une seule maladie. Ses observations, qui d'abord ont eu lieu chez des syphilitiques, se sont étendues ensuite à des tuberculeux et, enfin, à des malades atteints de catarrhe chronique du larynx, sous des influences différentes. En un mot, la zone d'épithélium pavimenteux, à laquelle je faisais allusion au début de ces développements, est susceptible de s'irriter sous des influences très diverses.

Ce que le docteur Chiari a décrit d'une façon générale a été traité particulièrement, chez les tuberculeux, par MM. Gouguenheim et Glover, sous la dénomination de *laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante,* et avait, du reste, été antérieure-

ment étudié par le premier de ces auteurs dans le *Traité de la phtisie laryngée*, écrit en commun avec le docteur Tissier.

L'étude du médecin de Vienne est surtout un travail de clinique et d'anatomie pathologique. Le côté thérapeutique y a été seulement effleuré. Pourtant, le docteur Chiari dit avoir traité quelques-uns de ses malades par l'extirpation endo-laryngienne de ces tumeurs.

De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, par A. Gouguenheim et J. Glover (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, août 1890). — MM. Gouguenheim et Glover ont surtout envisagé, dans leur mémoire, le côté thérapeutique, qui intéressera particulièrement les lecteurs de ce recueil.

Le résultat ordinaire de la présence de ces masses pathologiques est de produire soit des troubles vocaux, soit des troubles respiratoires.

Le traitement est l'extirpation par la voie endo-laryngienne. Cette extirpation se fait au moyen de curettes spéciales ou de pinces coupantes, et il y a peu de temps qu'elle est entrée dans la pratique laryngologique. C'est à Heryng (de Varsovie) et ensuite à H. Krause (de Berlin) qu'est due l'idée de ce traitement, qu'ils appliquèrent à la thérapeutique de la phtisie laryngée, avec un succès réel dans un certain nombre de cas suivis pendant quelque temps. Hering opérait largement et dans toutes les parties du larynx.

Dans leur mémoire, MM. Gouguenheim et Glover n'ont appliqué le traitement chirurgical qu'à une variété particulière de la laryngite tuberculeuse, celle qui envahit la zone que nous venons de décrire. Dans ces cas, le résultat du traitement est plus favorable, car les malades qui présentent cette variété de lésion sont moins dangereusement atteints et leur état général est meilleur. Pourtant, il est facile de porter l'instrument dans des cas plus graves, ceux que Heryng traitait, et il nous est arrivé souvent de réséquer toute la région aryténoïdienne, sans danger pour le malade et avec tout profit. Grâce à l'anesthésie que nous pouvons faire aisément au moyen de la cocaïne, les malades supportent facilement ces mutilations et sans la moindre suite fâcheuse. L'hémorragie est insignifiante.

Cette pratique chirurgicale a été adoptée par les spécialistes français et, dans toutes les cliniques parisiennes, ce mode de traitement est employé maintenant assez fréquemment.

J'ai dit plus haut que les instruments employés dans ce but étaient les curettes simples, les curettes doubles ou emporte-pièces, enfin les pinces coupantes. J'ai fait construire par Mathieu des pinces coupantes ayant la courbure des pinces de Morell Mackenzie, et dont les cuillers sont très longues, à bords très

tranchants; avec ces pinces, on peut aisément trancher le tissu tuberculeux, qui est très mou, très friable; on peut aussi, avec le même instrument, couper des tumeurs pédiculées des procès vocaux et du bord des cordes vocales. Il est plus difficile, avec ces instruments, dont les bords coupants se juxtaposent, de trancher le tissu plus dur, moins pédiculé de la région pachydermienne; aussi employons-nous, dans ce but, les doubles curettes de Krause, que nous venons de faire modifier par la maison Mathieu. Les deux curettes, en se pénétrant, agissent comme une paire de ciseaux et emportent avec assez de facilité le tissu résistant, qui constitue l'altération, que les Allemands ont appelé *pachydermie laryngée*.

Nous ne croyons pas que le traitement nouveau de R. Koch puisse, sans danger, rendre service pour le traitement de cette variété de laryngite tuberculeuse; mais nous nous proposons, ultérieurement, de faire des recherches à ce sujet.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

Par le docteur HIRSCHBERG.

Publications russes. — Influence du régime alimentaire sur l'albumine des urines, sur la pression artérielle, sur le pouls, les œdèmes, la température, le poids et la nutrition générale des brightiques. — Influence des alcalins sur l'échange azotique chez l'homme bien portant.

PUBLICATIONS RUSSES.

Influence du régime alimentaire sur l'albumine des urines, sur la pression artérielle, sur le pouls, les œdèmes, la température, le poids et la nutrition générale des brightiques, par N. Zassiadko (*Wracht*, n° 39, 1890). — Le régime alimentaire des brightiques chroniques présente un grand intérêt pratique. L'auteur fit une série d'expériences sur dix brightiques, qui n'avaient pas de complications dans les autres organes. La durée de l'expérience était d'un mois. Pendant dix jours, chaque malade était soumis à un régime exclusivement végétarien, pendant dix jours à un régime exclusivement carné, et pendant dix jours à un régime mixte. Chacune de ces périodes se divisait encore en deux parties de cinq jours. Pendant les premiers cinq jours de chaque période, le malade ne gardait pas tout ce temps le lit et faisait des mouvements; dans les derniers cinq jours, il était au repos absolu.

Le régime alimentaire se composait de pommes de terre (sous différentes formes), de riz, de chou-fleur, de choucroute, de soupe aux choux, à l'orge perlé, à la semoule et à l'avoine, de pois, de haricots, de lentilles, de macaroni, de blé, de sarrasin (en

kacha), de sago, de salade, de radis, de navets, de concombres, de châtaignes, d'oranges; et enfin, de pain noir et de pain blanc.

Le régime carné se composait de viande de bœuf (sous différentes formes, cuite, rôtie), de brebis, de veau, de jambon, de poisson (le lavaret), d'œufs, de lait, de fromage blanc, de fromage hollandais, de bouillon, de beurre et de pain blanc et noir.

Le régime mixte se composait des substances alimentaires des deux régimes ci-dessus.

Les résultats obtenus par l'auteur sont les suivants :

1° Sous l'influence d'un régime végétarien, la quantité d'albumine des urines, en vingt-quatre heures, diminue notablement. Cette diminution est encore plus considérable si le malade est soumis au repos absolu. Les œdèmes sont, au contraire, augmentés, et d'autant plus, si le malade fait des mouvements. Le pouls est ralenti, faible et mou; au repos, ces phénomènes sont plus prononcés que si le malade fait des mouvements. La température du malade ne change pas. L'état général des malades n'est pas bon. On constate un affaiblissement général et de l'apathie. Quelques malades refusent la nourriture exclusivement végétarienne; d'autres la mangent sans appétit.

2° Le régime carné augmente notablement la quantité d'albumine dans les urines. Cette augmentation est plus considérable au repos du malade. La pression sanguine est élevée. Elle est plus considérable quand le malade n'est pas au repos absolu. Les œdèmes diminuent, surtout quand le malade ne fait aucun mouvement. Le pouls est accéléré et plein; il est mieux si le malade fait des mouvements. Le poids du corps tombe avec la disparition des œdèmes. La quantité des urines en vingt-quatre heures, leur densité, la quantité des parties solides est plus considérable qu'avec un régime végétarien. L'état général est bon. Les malades, qui étaient apathiques et sans volonté sous le régime végétarien, se sentent plus énergiques et font de grandes promenades dans le jardin.

3° Le régime mixte, par son influence sur la maladie de Bright, occupe la place moyenne entre le régime végétarien et le régime carné.

4° Le symptôme principal du brightisme chronique consistant dans un état hydrémique du sang, avec diminution des substances albuminoïdes et de l'hémoglobine, une bonne alimentation du malade, principalement par des substances albuminoïdes, s'impose alors.

5° Malgré les considérations théoriques de Lépine et de Swater, les aliments composés de viandes n'irritent pas le rein, n'aggravent pas la néphrite et ne produisent ni hématurie ni hémoglobinurie. Pourtant, dans la néphrite aiguë et subaiguë, le régime carné doit être employé avec prudence.

6° La quantité d'albumine dans les urines n'indique pas toujours la gravité de l'affection rénale. Il faut tenir compte du régime.

7° Les aliments albuminoïdes pris en grande quantité augmentent, chez le brightique, la quantité d'albumine dans les urines. C'est ce qu'on appelle une *albuminurie alimentaire*, et qui passe dès qu'on réduit la quantité des albumines dans les aliments.

8° Les mouvements, ainsi que toute contraction musculaire, augmentent, dans la néphrite chronique, de très peu l'albumine dans les urines; dans la néphrite aiguë, au contraire, l'albuminurie devient considérable par suite des mouvements du malade.

9° Le régime des brightiques devrait être mixte, avec prédominance des viandes dans la néphrite interstitielle, et avec prédominance des végétaux et du lait dans la néphrite parenchymateuse. Avec le régime végétarien et avec du repos, on peut réduire l'albumine dans les urines jusqu'à un minimum.

10° Les marrons italiens, cuits ou rôtis, diminuent l'albumine dans les urines d'une façon notable.

Influence des alcalins sur l'échange azotique chez l'homme bien portant, par G. Javeïne (*Wracht*, n° 42, 1890). — La question : comment les alcalins agissent sur l'échange azotique, n'est pas encore résolue. L'auteur fit une série d'expériences dans la clinique du professeur Tchoudnovski, à Pétersbourg, dans le but d'étudier les effets du bicarbonate de soude sur l'échange azotique. Ces expériences ont été faites sur sept hommes bien portants. Chaque expérience se divisait en trois périodes : période avant l'administration du bicarbonate de soude, période pendant l'administration de ce sel, et période qui suit cette administration. Chacune de ces périodes avait une durée de quatre jours. On administrait 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, à prendre deux à trois heures après les repas. Toutes ces personnes, naturellement, ont été placées dans les mêmes conditions hygiéniques et d'alimentation. On examinait soigneusement la quantité d'azote absorbée avec les aliments et rendue par les urines et les excréments.

Voici les résultats de l'auteur :

1° L'échange azotique est un peu augmenté (de 1 à 5 pour 100) ;

2° La quantité des substances extractives dans les urines est également augmentée ;

3° L'assimilation de l'azote des aliments est un peu diminuée ;

4° La réaction des urines devient alcaline ;

5° Les pertes cutano-pulmonaires ne changent pas ;

6° Le poids du corps reste le même ;

7° Les selles deviennent plus abondantes et plus liquides.

PUBLICATIONS ANGLAISES ET AMÉRICAINES.

Influence de l'alcool sur le pouls et sur la pression sanguine, par le docteur S. Potts Eagleton (*University Medical Magazine*, septembre 1890). — L'auteur a expérimenté sur des chiens, en leur injectant dans la veine jugulaire de l'alcool en solution à 25 pour 100. La section de la moelle cervicale et des nerfs pneumogastriques n'avait aucune influence sur les résultats de l'expérience, par conséquent, l'alcool agissait directement sur le muscle cardiaque. Les effets de l'alcool sur le muscle cardiaque étaient encore prouvés par l'expérience suivante : on trempait un cœur de grenouille dans une solution d'alcool à 25 pour 100.

Les conclusions de l'auteur sont :

1° Les solutions faibles d'alcool, prises à petites doses souvent répétées, élèvent la pression sanguine et la force des contractions cardiaques. De grandes quantités d'alcool élèvent d'abord et abaissent ensuite la pression sanguine.

2° De petites quantités d'alcool concentré accélèrent le pouls et augmentent la force des contractions cardiaques.

3° Des doses toxiques d'alcool diminuent d'emblée le nombre et la force des contractions cardiaques; la pression sanguine est alors également diminuée.

4° Ces phénomènes dépendent d'une action directe de l'alcool sur le muscle cardiaque.

5° Les résultats contradictoires des différents observateurs s'expliquent par la différence des méthodes d'expérimentation, et par la différence du degré de concentration de l'alcool employé.

6° Les résultats des expériences confirment le fait clinique que de petites quantités d'alcool accélèrent la circulation en agissant directement sur le cœur.

7° A petites doses, l'alcool excite le cœur; à grandes doses, il le déprime.

8° Ces effets déprimants de l'alcool jouent un grand rôle dans l'intoxication alcoolique aiguë.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'hygiène publique, d'après ses applications dans différents pays de l'Europe (France, Angleterre, Belgique, Allemagne, Autriche, Suède et Finlande), par le docteur Albert Palmberg, traduit du suédois sous la direction de M. A. Hamon, avec une préface de M. le professeur Brouardel.

Il vient de paraître sous ce titre, à la librairie Doin, un ouvrage d'un

médecin finlandais, M. le docteur Palmberg, qui intéressera vivement ceux qui s'occupent des progrès de la science sanitaire. Cet ouvrage, traduit du suédois sous la direction de M. A. Hamon, bibliothécaire de la Société française d'hygiène, débute par une préface du professeur Brouardel.

Les renseignements de toutes sortes contenus dans ce volume sur les législations sanitaires des différents pays ont été recueillis *sur place* par l'auteur, ce qui explique suffisamment l'absence de certains pays, tels que l'Italie, la Norvège, etc.

Les chapitres réservés à l'Angleterre sont fort étendus, mais déjà un peu anciens, car nos voisins d'outre-Manche ont, depuis l'apparition du volume, réuni ensemble beaucoup de ces lois éparses dont parle le docteur Palmberg, qui, admirateur fanatique de l'Angleterre, malmène quelque peu la France dont il trouve arriérée la législation sanitaire.

Les chapitres relatifs à la Suède et à la Finlande, deux pays peu connus parmi les hygiénistes français, méritent d'être mis en lumière. En résumant les tableaux statistiques du dernier chapitre, parmi les pays dont la mortalité est proportionnellement la plus faible, la Suède se trouve au premier rang.

Le docteur Palmberg s'est surtout étendu dans le cours de son volume sur les questions sanitaires relatives aux égouts, à l'utilisation des eaux vannes, aux lieux d'aisances, à l'approvisionnement d'eau et aux mesures préventives contre les maladies contagieuses.

Le dernier chapitre, relatant l'importance universelle de l'hygiène publique, contient de nombreux tableaux statistiques de mortalité générale et de mortalité par fièvre typhoïde dans les différents pays d'Europe.

Ce livre est, en somme, une espèce de traité de législation comparée, s'adressant aussi bien au médecin qu'à l'ingénieur, à l'architecte, au conseiller municipal ; il est le premier de ce genre dans la littérature hygiénique, et la table alphabétique des matières, établie avec grand soin par le traducteur, facilite les recherches à faire. Nous reprocherons cependant à M. Hamon de n'avoir pas assez francisé l'ouvrage du docteur Palmberg, de lui avoir laissé sa forme trop suédoise pour nous autres Français. De là est résulté souvent une traduction non élégante, dure, précise probablement, mais qui aurait pu l'être tout autant si M. Hamon, dont on connaît les travaux hygiéniques et sociologiques, avait fondu l'œuvre du docteur Palmberg, pour en faire un tout plus sien. Les lecteurs français y auraient gagné. Malgré ces quelques défauts et petites erreurs insignifiantes, le *Traité de l'hygiène publique* de l'éminent savant finlandais est une œuvre qui restera, qui sera consultée avec fruit par tous les hygiénistes.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène, par les docteurs Le Gendre, Barette et Lepage.

Première partie, par le docteur Le Gendre. *Antisepsie médicale.*

Il serait aujourd'hui superflu de chercher à démontrer l'utilité des études microbiologiques en ce qui concerne l'application de ces nouvelles

doctrines à la pathologie. C'est à peine si la bactériologie est née d'hier, et cependant l'influence qu'elle a exercée sur les doctrines médicales est considérable. Malgré cela, on peut dire que si les lois de la bactériologie sont reconnues d'incontestable utilité, elles sont, malheureusement, dans le domaine pratique, l'objet d'une admiration toute platonique. On pourrait compter par centaines les praticiens qui lisent les journaux, sont au courant de toutes les nouveautés, et qui cependant paraissent ignorer les règles de l'antisepsie la plus élémentaire.

Les causes de cette anomalie seraient faciles à trouver, nous ne voulons pas les rechercher ici, mais parmi elles, il en est une qui a certainement joué un grand rôle; c'est l'absence totale d'un ouvrage didactique traitant ce sujet important de l'antisepsie. L'application de ces méthodes scientifiques restait l'apanage de quelques privilégiés qui ne pouvaient répandre la bonne parole que dans leur entourage. C'est à ce point de vue surtout que nous félicitons les auteurs du *Traité pratique d'antisepsie*, ouvrage qui permettra à tout praticien de connaître à fond la question de l'antisepsie, et de l'appliquer le cas échéant.

Le premier volume de ce traité est dû à la plume du docteur Paul Le Gendre; aussi ne sera-t-on pas étonné d'y trouver le reflet des doctrines du professeur Bouchard; nul, en effet, plus que ce maître éminent, n'a contribué par ses travaux et ses savantes leçons à étendre les doctrines antiseptiques, du domaine chirurgical où elles semblaient jusqu'ici confinées, à celui de la médecine interne. Le professeur Bouchard, tout en montrant les difficultés du problème, a fait voir en même temps la voie dans laquelle on devait s'engager; il a établi toute la légitimité de l'antisepsie médicale, et si les résultats ne sont pas aussi brillants que ceux obtenus en chirurgie, il n'en faut certes accuser non pas la méthode elle-même, mais notre ignorance en physiologie pathologique.

Le livre de M. Le Gendre est divisé en deux parties : la première comprend toutes les généralités que comporte l'étude de l'antisepsie et des antiseptiques; dans la seconde sont développés tous les principes de l'antisepsie médicale avec l'ampleur que nécessite le sujet.

Dans la première partie, nous signalerons surtout le chapitre qui est consacré à l'étude générale ou spéciale des agents antiseptiques. Cette partie fourmille de documents pratiques, et sera certainement souvent consultée toutes les fois qu'on voudra connaître un antiseptique, ses doses et son mode d'administration.

La seconde partie est entièrement consacrée à l'étude de l'antisepsie médicale, considérée dans ses applications aux divers appareils de l'économie (tégument externe, voies aériennes, voies respiratoires, tube digestif, etc.).

S'il nous était permis de formuler quelques critiques, d'ailleurs légères, sur ce *Traité d'antisepsie médicale*, nous nous demanderions pourquoi l'auteur a cru devoir placer au commencement de son livre, quelques pages consacrées à la bactériologie proprement dite. C'est un sujet trop vaste pour pouvoir ainsi être traité dans un espace aussi restreint; ce chapitre, en effet, n'apprendra rien à ceux qui sont versés dans l'étude

de la bactériologie, et encore moins à ceux qui l'ignorent ; il en résulte que ce trop peu devient véritablement du superflu, et, certes, la valeur du livre ne perdrait rien à le voir disparaître. On pourrait en dire autant des quelques lignes qui sont consacrées, dans le cours de l'ouvrage, à la symptomatologie des diverses affections ; il est évident, par exemple, qu'il est inutile d'insister sur le diagnostic clinique de la pleurésie purulente dont les signes doivent être connus de tous les cliniciens.

Malgré ces quelques réserves, bien légères d'ailleurs, on peut dire que l'édition de ce *Traité d'antisepsie* répond à un véritable besoin, et que, surtout en ce qui concerne l'antisepsie médicale, on aura rendu un réel service en exposant, d'une façon claire et pratique, les règles de cette nouvelle méthode qui sont appelées, nous en sommes persuadés, à rendre à la médecine des services égaux, et peut-être même supérieurs à ceux dont la chirurgie a déjà bénéficié.

D[r] H. DUBIEF.

La neurasthénie (*épuisement nerveux*), par L. BOUVERET. Chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

La pathologie nerveuse a fait, dans ces dernières années, d'immenses progrès, et l'on peut dire qu'aujourd'hui la plupart des affections du système nerveux nous sont bien connues, non seulement cliniquement, mais encore au point de vue anatomo-pathologique. La neurasthénie, maladie sans lésion organique, caractérisée par un affaiblissement durable de la force nerveuse, a bien peu participé jusqu'ici au progrès de la pathologie nerveuse. C'est que ses symptômes sont purement subjectifs et que les signes objectifs y font, dans bien des cas, entièrement défaut.

Cependant, c'est une maladie des plus fréquentes, surtout à notre époque où la lutte pour l'existence sollicite une activité exagérée des fonctions du système nerveux, et bien des gens que l'on qualifie un peu trop à la légère d'hystériques ou d'hypocondriaques ne sont que des neurasthéniques. L'histoire de la neurasthénie n'était point encore faite, et c'est pourquoi nous sommes heureux de pouvoir faire connaître l'ouvrage que M. Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, vient de lui consacrer. C'est un traité complet de la neurasthénie, où la maladie est étudiée avec beaucoup de science et qui contribuera beaucoup à faire connaître cette affection encore trop ignorée, au grand préjudice des malades qui en sont atteints.

M. Bouveret admet, au point de vue étiologique, deux formes de neurasthénie : la neurasthénie héréditaire et la neurasthénie acquise, et, comme causes de cette dernière, il invoque le fonctionnement exagéré du cerveau, dans la sphère des facultés affectives, et de celle des facultés intellectuelles, le surmenage de toute sorte, l'abus des plaisirs et des jouissances de la vie, certaines intoxications. Quant aux troubles gastro-intestinaux, si communs dans la neurasthénie, les avis sont très partagés : les uns admettent qu'ils sont la cause, les autres qu'ils sont l'effet de l'épuisement nerveux. Pour M. Bouveret, la question ne fait de doutes, et il af-

firme que la dyspepsie dite nerveuse doit être envisagée, quand elle accompagne les symptômes neurasthéniques, non comme une cause, mais bien comme le résultat d'un trouble primitif survenu dans les fonctions du système nerveux.

L'auteur admet trois formes cliniques de la neurasthénie : la neurasthénie féminine, la neurasthénie traumatique et la neurasthénie commune.

Il passe ensuite en revue les principaux symptômes de la maladie : céphalée, insomnie, dépression cérébrale, affaiblissement de la motilité, rachialgie, dyspepsie par atonie gastro-intestinale. A côté de ces symptômes principaux, qu'il appelle stigmates neurasthéniques, il décrit des symptômes moins constants qui sont caractérisés par des troubles divers des différents organes.

La question du traitement est l'objet de très intéressants développements ; l'auteur indique tous les moyens que l'hygiène met à la disposition du médecin pour traiter cette affection souvent si rebelle. On y trouvera exposées très clairement toutes les ressources dont on peut user pour tâcher de guérir les neurasthéniques. Enfin, l'auteur consacre plusieurs pages au traitement de l'atonie gastro-intestinale, et donne d'excellentes indications sur le régime alimentaire à prescrire aux neurasthéniques.

On peut voir, par ce rapide compte rendu, que c'est un véritable monument que M. Bouveret vient d'élever à la neurasthénie ; il a fait là une œuvre bien originale qui marquera dans l'histoire de cette affection. Grâce à lui, la neurasthénie sera désormais mieux connue et occupera la place qu'elle mérite dans le cadre nosologique.

L. T.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann von Zeissl, traduit par le docteur Paul Raugé. 1 vol. in-8°. Chez Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Le livre d'Hermann von Zeissl est un des ouvrages les plus connus de l'école syphiliographique de Vienne, et il est actuellement classique en Autriche ; c'est un livre dans lequel l'étude clinique et thérapeutique, ainsi que l'indique son titre, tient une place beaucoup plus large que les questions doctrinales. Il s'adresse à l'étudiant, au praticien qui ne peuvent, faute de temps, lire un traité complet sur chaque question spéciale; tous deux y trouveront un tableau d'ensemble des maladies vénériennes et syphilitiques avec leur traitement.

Le traducteur aura donc rendu service aux lecteurs français; il a réussi à rendre et à translater clairement et fidèlement le texte, malgré les réelles difficultés que l'on éprouve toujours à exprimer, en français, une chose qui a été pensée en allemand.

Dr H. Dubief.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

LEÇON D'OUVERTURE

Thérapeutique générale des dyspepsies.

Par M. ALBERT ROBIN,
De l'Académie de médecine.

(*Suite.*)

III

Au regard de tant de systèmes, tour à tour prônés et délaissés, qui tous servaient de fil conducteur dans la recherche des indications, jugez des oscillations qu'a dû subir la thérapeutique, elle, dont les interventions sont toujours subordonnées aux idées que l'on se fait des maladies. Cette thérapeutique, ou mieux ces thérapeutiques, sous leurs apparences doctrinales, ont été, la plupart du temps, incertaines, inutiles, sinon quelquefois dangereuses.

La preuve en est facile à faire.

Avec Broussais et son école, c'est le triomphe avec tous les abus de la médication antiphlogistique, puisque l'idée d'inflammation dominait la pathologie. Avec Barras, Johnston et Schmidtmann, on rentre en plein dans la médication symptomatique : il ne s'agit plus que de sédatifs et de narcotiques ; on conseille aussi les antispasmodiques ; tandis que d'autres affirment que lorsque ces moyens ont échoué, il faut revenir hardiment à la médication tonique et excitante. Schmidtmann déclare, d'ailleurs, que chaque remède a des temps définis durant lesquels il peut être utile ou nuisible, et conseille de consulter, comme

indication précise, l'idiosyncrasie du sujet et la susceptibilité de l'estomac. Pour le régime, on trace des règles qui paraissent d'abord assez nettes, mais on dit, en matière de conclusion, qu'il faut s'en tenir aux aliments que l'estomac supporte le mieux. Tout à l'heure, quand je prononçais le mot anarchie, vous voyez que je n'allais pas trop loin.

Quant à l'œuvre de Beau, elle pèche surtout par la thérapeutique, et c'est pour cela peut-être qu'elle ne parvint pas à s'imposer. Beau procède par tâtonnements; il s'inspire du précepte de Celse « *Non omnibus eadem conveniunt; oportet experire aliud atque aliud.* » Aussi ses médications se ressentent-elles de son incertitude : elles demeurent pour ainsi dire exclusivement symptomatiques. C'est ainsi que procédait Chomel; et Trousseau, lui-même, ne fit pas autre chose.

M. Bouchard nous ramena en pleine médication systématique. Il faut favoriser la rétraction de l'estomac; donc, que celui-ci ne soit distendu par l'alimentation que pendant le plus court espace de temps, le plus rarement possible, le moins possible. En outre, il faut modérer les fermentations gastriques, empêcher la production de ces fameuses toxines aux effets si multiples et si fâcheux : divers antiseptiques et l'acide chlorhydrique sont les agents essentiels et théoriques de cette seconde indication.

Avec les progrès du chimisme stomacal, le système thérapeutique de M. Bouchard devait s'écrouler et céder la place à un autre système, uniquement basé sur le fait chimique, trop souvent considéré indépendamment du milieu où il s'accomplit et des causes qui lui donnent naissance.

C'est cette médication purement chimique qui trône aujourd'hui : elle se pique d'être essentiellement scientifique, de ne rien laisser au hasard; elle prend des allures d'absolutisme. Je ne lui reconnais qu'un mérite, c'est celui de

la simplicité : il y a trop d'acide dans l'estomac, vous le saturez ; il n'y en a pas assez, vous en introduisez. Mais j'ai une objection à faire, et une objection suffisante pour ruiner le système chimique, c'est qu'appliqué au traitement des dyspepsies, il est encore inférieur aux anciennes médications symptomatiques.

IV

La maladie ne varie pas comme les doctrines ; voilà pourquoi aucune médication exclusive n'a réussi à s'imposer d'une manière définitive. Quand il y avait derrière la dyspepsie un élément inflammatoire, on réussissait avec la thérapeutique antiphlogistique de Broussais. Quand il s'agissait d'une prédominance douloureuse, les narcotiques faisaient merveille. La médication nervine modifiait fréquemment les retentissements nerveux des troubles fonctionnels de l'estomac. Lorsque la dilatation stomacale était indéniable, le régime sec et mesuré donnait les plus heureux résultats. Mais sont-ce bien là de réelles indications thérapeutiques, dans le sens pathogénique du mot ? Car il faut bien avouer que les cas de dilatation essentielle de l'estomac sont relativement peu nombreux devant la fréquence des véritables dyspepsies.

Ce que Gubler répétait sans cesse, c'est que la thérapeutique doit être étiologique et pathogénique. Traiter un symptôme, c'est faire une thérapeutique d'attente, souvent utile, presque jamais décisive. Traiter directement une lésion matérielle, à moins de rares exceptions, c'est faire œuvre encore incertaine, avec la tradition pour base et l'empirisme pour flambeau, car la lésion n'est ordinairement qu'un résidu qu'il n'est possible d'atteindre qu'en agissant

sur la vitalité générale ou sur les fonctions des éléments anatomiques qui sont le siège de cette lésion.

Chercher partout la lésion matérielle et ne voir d'entité morbide que là où il existe une lésion, faire de la symptomatologie l'expression extériorisée de la lésion, c'est outrepasser la puissance de cet anatomo-organicisme qui, depuis près d'un siècle, dominant les choses de la médecine, a imprimé à cette science une impulsion vraiment merveilleuse, sans que la thérapeutique bénéficiât réellement de cette envolée.

Aux lésions qui ne sont que des résidus, il faut opposer celles qui sont la conséquence d'un effort réactionnel de l'organisme contre la cause morbigène; à *l'organicisme anatomatique*, il faut opposer *l'organicisme fonctionnel*.

Il faut savoir que nombre de maladies débutent par un trouble fonctionnel, quelquefois général, souvent localisé, que ces maladies restent fonctionnelles pendant un temps plus ou moins long, que ce vice de la fonction, primitif ou commandé par des actes nerveux morbides, peut être mécanique, morphologique ou chimique, et qu'à cette période, il peut être enrayé ou modifié par une thérapeutique dont la précision laisse loin derrière elle les méthodes traditionnelles.

Cette thérapeutique n'est pas hasardeuse. Son but est de modifier le trouble fonctionnel en agissant directement ou indirectement sur cette cellule vivante aux fonctions déréglées, dont, suivant les cas, elle exalte, modère ou modifie les aptitudes réactionnelles : le nom qui lui convient le mieux est celui de *thérapeutique des réactions cellulaires*, et comme les réactions cellulaires sont une des manifestations de la vie, je l'appelle la *thérapeutique vitale*.

Certes, j'entends d'ici taxer cet exposé de principes de retour au *vitalisme*, à cette doctrine lointaine que dédaigne l'altier mépris de la plupart de nos contemporains. Aussi

bien, si c'est être vitaliste que soutenir l'origine fonctionnelle d'un grand nombre de maladies, croire aux actions et aux réactions cellulaires, être convaincu que la thérapeutique doit tenter d'influencer les fonctions si elle veut modifier les organes, alors, je revendique hautement l'honneur de cette appellation.

Vous verrez, messieurs, comment l'on peut appliquer ces notions à l'étude des dyspepsies, ces maladies fonctionnelles de l'estomac, et de quel secours elles seront dans la conduite de leur traitement. La dyspepsie est le premier acte d'un grand nombre d'affections organiques de l'estomac; elle les accompagne toutes et les suit jusqu'à leur terminaison. Et, comme, d'autre part, elle intervient comme élément morbide dans la plupart des maladies générales ou locales, on peut dire qu'elle fait partie de presque toutes les symptomatologies.

Si les dyspepsies ne sont que de simples dérangements de la fonction gastrique normale, c'est la physiologie qui doit servir de base à leur connaissance.

Considérée schématiquement, l'activité gastrique peut se résumer dans les points suivants : des glandes qui sécrètent un suc capable de digérer les albuminoïdes, des épithéliums et des cellules glandulaires qui fondent en un mucus protecteur, des muscles qui brassent, puis évacuent la masse alimentaire, des vaisseaux qui fournissent aux sécrétions, des nerfs qui président à ces sécrétions et qui dirigent les mouvements, des lymphatiques qui servent à absorber les matières alimentaires solubles ou solubilisées dans l'acte digestif.

Les dyspepsies sont les perversions d'un ou de plusieurs de ces actes physiologiques. Mais qu'elles affectent originairement l'un ou l'autre d'entre eux, il est exceptionnel que l'organe tout entier ne soit pas entraîné dans la déviation. En outre, quel que soit le sens ou l'étendue de cette déviation, elle a pour résultante une viciation chimique des processus digestifs. Les digestions viciées n'offrent pas de produits normaux à l'absorption et à l'assimilation ; la rénovation des milieux sanguin et lymphatique subira donc, du fait de cet apport vicié, des anomalies qui changeront leur constitution ; et les tissus qui puisent dans ces milieux, les conditions de leur vie et de leur activité réactionnelle, vivront et réagiront autrement que dans l'état normal, alors qu'un sang convenablement entretenu leur apporte leurs aliments habituels, en quantité régulière et sous une qualité physiologique.

Parmi ces tissus, ceux dont les éléments anatomiques sont le plus hautement spécialisés, où l'aptitude nutritive est réduite à son minimum par l'exagération même de la spécialisation fonctionnelle, et qui, par conséquent, réclament plus que les autres une parfaite adaptation de leurs milieux nutritifs, ceux-là seront atteints les premiers dans leurs manifestations vitales. N'est-ce pas le cas du système nerveux, et la série des symptômes névropathiques, si bien spécialisés par Beau, ne doit-elle pas intervenir dans la clinique des dyspepsies comme l'expression du trouble nutritif des centres nerveux par une irrigation de qualité insuffisante ?

Ce n'est pas tout ! Une digestion imparfaite engendre des produits anormaux qui, au contact de la muqueuse stomacale, mettent en jeu des actes réflexes ou inhibitoires dont la nature, le sens ou l'intensité doivent singulièrement différer des actes du même ordre induits par un processus normal. A ces actes réflexes ou inhibitoires seront con-

jugués des symptômes nerveux divers qui viendront compliquer les précédents, sans qu'il soit toujours possible de les en distinguer.

Enfin, ces produits anormaux, eux-mêmes, dont quelques-uns seraient toxiques, qui, tout au moins, jouissent de propriétés plus ou moins irritantes, et qui, acides pour la plupart, ont besoin, pour s'éliminer, d'enlever des bases à l'organisme, ne vont-ils pas impressionner tous les organes, le système nerveux compris, au cours de leur transport circulatoire, tandis qu'ils intéressent fâcheusement les émonctoires, à l'heure de leur élimination, après avoir contribué pour leur part à l'adultération du sang ?

Cette rapide conception de la dyspepsie, qui unit, dans une formule plus compréhensive, à l'idée maîtresse de Beau le fait des auto-intoxications, qui l'associe à un chapitre de la neurasthénie, et met en valeur des troubles chimiques de la nutrition dont je vous parlerai en temps et lieu, cette conception, dis-je, me paraît tout à fait légitimée par les dernières conquêtes de la science, et j'espère bien vous donner au cours de ces leçons, d'amples démonstrations de sa réalité.

Pour cela, nous utiliserons les enseignements traditionnels de la clinique, nous ferons appel à la physiologie, et nous nous servirons de la chimie comme d'un moyen de contrôle et d'investigation.

Messieurs, quoi qu'on en puisse dire, je n'ai point l'intention de faire jouer à la chimie un rôle prépondérant en médecine. J'ai dit maintes fois et je répète que je considère la chimie comme un moyen de lire de plus près dans les actes jadis mystérieux de la nutrition, mais jamais je n'ai songé à la mettre au-dessus de la clinique, puisque je la considère surtout comme un merveilleux instrument de séméiologie. Je professe, avec un maître ancien, que la chimie est la meilleure servante de la médecine, mais

qu'elle en serait la pire maîtresse. Je suis loin, de tout baser sur la chimie, de faire, comme on l'a dit, une médecine chimique. La preuve, c'est que je suis l'adversaire résolu de la thérapeutique chimique des maladies fonctionnelles de l'estomac, alors que cette thérapeutique semble avoir conquis les suffrages du plus grand nombre des praticiens.

En fait de thérapeutique, le pas est à la physiologie ; la chimie n'intervient que pour déceler les déviations du type fonctionnel normal ; mais c'est la physiologie qui demeure le guide.

Nous sommes à une époque de chaos thérapeutiques et je sais beaucoup de bons esprits qui, à cet égard, ont perdu toute croyance et accueillent, avec le scepticisme du désenchantement, toutes les tentatives de rendre à *l'art de guérir* quelque scientifique précision. Cette incrédulité n'a rien qui doive vous étonner; elle est amplement justifiée par tant de conflits et d'écroulements de doctrines, par l'insuccès présent de l'antisepsie interne, par la grandeur passagère et la décadence finale de tant de médicaments et de médications qui n'ont vécu qu'un jour pour s'ensevelir dans l'oubli. Mais avec la physiologie éclairée par la chimie, nous ne bâtirons pas de système : nous marcherons lentement, en nous efforçant de ne pas dépasser les limites du fait, en nous appuyant sur l'immuabilité du chiffre et sur la certitude de la réaction chimique, pour faire de la thérapeutique pathogénique avec le maximum de chances de probabilités. Vous verrez ainsi les procédés de cette thérapeutique, et en envisageant les services qu'elle rend dès aujourd'hui dans un certain nombre de cas, vous pourrez juger de l'avenir qui lui est réservé.

Du voyage que nous allons entreprendre ensemble, ne vous dissimulez ni les difficultés ni les vicissitudes. Ne vous attendez pas, d'emblée, à des solutions absolues ; mais

nous nous engageons sur un terrain déblayé, avec des routes déjà tracées. Et vous emporterez cette conviction, dont vous aurez, chaque jour, l'occasion de vérifier le bien fondé dans notre service, que la médecine actuelle commence à bien connaître les maladies fonctionnelles de l'estomac, qu'elle parvient à les dépister sous les apparences trompeuses qu'elles revêtent souvent, et que si elle ne parvient pas à les guérir dans tous les cas, elle sait toujours les soulager.

TOXICOLOGIE

Traitement de l'empoisonnement.

Par le Dr G. BARDET.

(*Fin.*)

Poisons paralysants.

Les poisons paralysants sont extrêmement nombreux, tous les alcaloïdes qui ne sont pas convulsivants, c'est-à-dire l'immense majorité, provoquent toujours, à la période ultime de leur action sur l'organisme, des phénomènes paralytiques qui amènent la mort par arrêt de la respiration et de la circulation.

Le type du poison paralysant est le *curare*, viennent ensuite l'*aconitine*, la *delphinine*, la *cicutine*, l'*ésérine*, la *veratrine*, la *gelsémine* etc., et les plantes d'où ces drogues sont tirées, l'aconit, la ciguë, la fève de Calabar, etc. Ces poisons ont pour caractéristique de laisser les fonctions cérébrales intactes et de n'agir que sur l'élément moteur, ce sont donc bien des poisons paralysants dans toute la force du terme.

Cependant, certains sels, l'aconitine par exemple, tout en affectant le sensorium agissent énergiquement sur la sensibilité.

Les solanacées, c'est-à-dire la belladone, le datura, la jusquiame, le tabac, et leurs alcaloïdes, atropine, daturine, hyosciamine, nicotine, sont (la belladone surtout) des causes fréquentes d'empoisonnement accidentel, particulièrement chez les enfants. Les alcaloïdes du type atropine présentent deux périodes, l'une d'excitation, l'autre de paralysie, c'est la seule qui nous intéresse, puisque c'est la seule dangereuse.

Les sels de potassium et de baryum sont également des poisons paralysants très énergiques.

L'empoisonnement par les champignons et par les coquillages altérés ou plutôt malades, moules, huîtres, palourdes, etc., doit être également rangé à côté de l'intoxication par poisons paralysants, car la fin du processus pathologique est caractérisé par des phénomènes justiciables de la même médication que les autres toxiques de la même classe.

Comme on le voit, le groupe des paralysants est très chargé, ce qui en rend l'étude très difficile et très délicate, mais cependant, comme nous sommes sur le terrain thérapeutique, nous pouvons passer par-dessus ces difficultés physiologiques, attendu que le traitement est toujours le même. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que, jusqu'à ce que la toxicologie ait pu faire des progrès considérables, nous nous trouverons obligés de faire de l'empirisme dans la thérapeutique des empoisonnements. Dans l'étude des groupes précédents et dans celle de ceux qui vont suivre, nous avons pu assimiler la scène toxique à une maladie connue et, par conséquent, déduire une thérapeutique rationnelle, mais nous devons avouer que, pour la grande quantité des poisons qui figurent dans le groupe des paralysants,

nous nous trouvons dans l'inconnu, d'où l'obligation de faire uniquement de la thérapeutique de symptôme.

INTOXICATION. — Le début de la maladie est essentiellement variable, selon la nature du poison ingéré, variable dans sa nature et dans sa durée; en faire la description nous entraînerait trop loin, sans aucun profit d'ailleurs, puisque nous n'en pourrions tirer aucune indication thérapeutique. Nous ferons seulement une observation relativement à l'empoisonnement par les solanacées ou leurs alcaloïdes, très fréquemment observé.

La belladone et ses analogues produit, au début de l'intoxication, des phénomènes cérébraux d'une intensité remarquable, accompagnés, comme chacun le sait, de troubles visuels très-accentués. Ce fait est intéressant attendu que cette période d'excitation et délire précède la crise paralytique. C'est donc là un fait intéressant à noter, au point de vue du pronostic, et pendant cette période préparatoire le médecin a le temps d'intervenir utilement, dans le but de prévenir les accidents du système moteur, qui seuls sont à craindre.

Les phénomènes musculaires, quel que soit le poison absorbé par le malade, se succèdent presque toujours dans l'ordre suivant :

1° Inertie, résolution plus ou moins accentuée ou même paralysie complète des muscles volontaires ;

2° Paralysie des muscles dépendant du système sympathique ;

3° Paralysie des muscles de la vie organique, diminution, puis suspension des mouvements respiratoires et du cœur.

Parfois les seconds phénomènes précèdent les premiers (belladone).

Ces troubles moteurs sont naturellement accompagnés de symptômes généraux de plus en plus graves : impuissance motrice, trouble du tube digestif, ataxie de la respiration et

du cœur, collapsus, coma, asphyxie et syncope, jusqu'à ce que la mort arrive, au moment où le cœur, complètement paralysé, est incapable de réagir.

Traitement. — Si le poison a été introduit par la voie gastrique, le lavage de l'estomac s'impose plus qu'en aucun autre cas, particulièrement dans l'empoisonnement par la belladone, pendant la période d'excitation duquel on a tout le temps matériel d'agir. Inutile de dire que les vomitifs et le lavage lui-même sont contre-indiqués lorsque le poison a été introduit par voie hypodermique.

Après l'évacuation du tube digestif il est utile d'administrer au sujet des boissons diurétiques en aussi grande quantité que possible, car le drainage de l'économie facilite l'élimination du poison. Or avec les alcaloïdes, qui s'éliminent avec assez de rapidité, il est indiqué de faciliter les émonctoires, c'est une chance donnée au malade.

Dans le cas d'un empoisonnement par le curare, cas fort rare et observé seulement dans les pays encore sauvages, la thérapeutique est malheureusement désarmée en raison de la rapidité d'action du poison.

L'empoisonnement par l'aconit et l'aconitine est fréquent, c'est un des plus graves et des plus rapides lorsque la dose de poison ingérée a été forte. Les phénomènes toxiques sont d'un genre particulièrement graves, le bulbe et la moelle sont touchés fortement et chimiquement, par suite, les moyens de combat sont rares, on peut même dire impossibles à désigner. En effet, en cas d'intoxication légère on n'observe que des phénomènes dramatiques, mais, en somme, sans gravité réelle; mais, en cas d'empoisonnement par dose massive, les désordres sont foudroyants dès leur apparition, aussi la thérapeutique offre-t-elle de bien faibles ressources.

Cependant, le raisonnement permet d'instituer un traite-

ment : on sait que l'élimination des alcaloïdes est toujours rapide; donc, en ce cas, comme l'aconit excite la fonction rénale, il y a une plus grande chance d'élimination; aussi, comme le dit le professeur Soulier, une heure gagnée sur la mort est une chose très importante. Or le danger principal de l'aconitisme c'est l'asphyxie, c'est donc surtout l'asphyxie qu'il faut combattre par tous les moyens, en stimulant la fonction respiratoire par des affusions froides, par la respiration artificielle et par les inhalations d'oxygène. En agissant ainsi on peut arriver à permettre le rétablissement de l'hématose sans qu'il y ait besoin d'une grande amplitude de respiration. Mais tous ces moyens, utiles dans l'intoxication à dose moyenne, seraient certainement impuissants dans l'empoisonnement à dose massive.

Ces mesures thérapeutiques peuvent d'ailleurs s'appliquer, avec autant et plus de succès encore, au traitement de l'empoisonnement par les autres agents toxiques, capables d'amener la paralysie de la respiration et de la fonction cardiaque.

En outre de ces précautions spéciales, il n'y a plus à indiquer que les stimulants généraux et les diurétiques, café et caféine, alcool, nitrite d'amyle, injections d'éther. La lutte contre le poison doit être faite patiemment et pied à pied, car ici, comme dans les maladies infectieuses, tout est de gagner du temps pour permettre à l'organisme d'éliminer le poison. Seulement dans celles-ci le médecin a devant lui des journées, tandis que dans les empoisonnements alcaloïdiques il n'a que des heures et souvent moins.

Poisons du cœur.

Nous avons vu que la plupart des poisons alcaloïdiques ont une terminaison cardiaque, en ce sens que le cœur est le dernier organe frappé. Cela est tout naturel, puisque la

mort ne peut avoir lieu sans que la respiration et le cœur s'arrêtent ; mais dans tous les cas étudiés, cet arrêt avait pour cause un *processus* spécial où le pneumogastrique et les nerfs cardiaques n'étaient qu'accessoirement touchés. Dans le nouveau groupe, au contraire, nous avons rangé les poisons qui touchent directement le cœur par leur action sur les nerfs qui innervent cet organe et régularisent ses mouvements.

Ces poisons, très définis dans leur action, sont la Digitale, le Convallaria, l'Adonis, les Strophantus, le Tanghin, l'Ouaboio, l'Upas, l'Erytrophlæum, le Laurier rose et leurs principes actifs, les diverses *digitalines* ou *digitoxine*, la *convallamarine*, l'*adonidine*, la *strophantine*, la *tanghinine*, l'*ouabaïne* et l'*érytrophléine*, à côté desquels on peut ranger la *spartéine* et au besoin la *caféine*, quoique ces corps n'appartiennent en réalité pas à la toxicologie. Tous ces poisons exercent sur le cœur une action spéciale dont le résultat final est de mettre cet organe dans l'impuissance de se contracter, soit par l'excitation du nerf *vague*, ce qui amène la paralysie du cœur, soit au contraire par excitation des nerfs actifs, ce qui provoque l'arrêt en systole après un véritable tétanisme de l'organe.

A côté de ces poisons, qui représentent directement des toxiques du cœur, nous devons placer la *cocaïne*, parce que cet alcaloïde, lorsqu'il est administré à dose toxique, provoque l'arrêt du cœur et la syncope. Si donc, au point de vue thérapeutique, la cocaïne est un agent de la sensibilité, elle est pourtant un poison du cœur au point de vue toxicologique, absolument comme la belladone, agent thérapeutique de la sensibilité et du sympathique abdominal, devient à dose toxique un poison paralysant.

SCÈNE TOXIQUE. — Nous commencerons par dire quelques mots de l'empoisonnement par la cocaïne, dont les symp-

tômes se différencient beaucoup de l'effet des autres poisons du cœur.

La cocaïne est un poison dangereux, un poison médical *professionnel* pourrait-on dire, car les seuls cas d'empoisonnements connus, malheureusement nombreux, ont été causés par l'usage thérapeutique de la cocaïne. L'absorption du poison, employé en injections interstitielles dans le but de produire l'anesthésie, est très irrégulière, d'où une grande traîtrise dans la production des accidents. Quand les phénomènes généraux se manifestent, le sujet éprouve un malaise vague, un sentiment de faiblesse extrême et une tendance au vertige; si la dose a été forte, les phénomènes s'accentuent, il se produit des nausées, des vomissements quelquefois, puis surviennent des lipothimies par suite d'anémie cérébrale très prononcée. En même temps le cœur faiblit, les battements se précipitent; cet état peut durer une heure et plus. A dose mortelle, la crise est plus rapide; la tendance lipothimique se transforme en crise syncopale dans laquelle le malade succombe. Ces indications sont très utiles à retenir pour l'institution du traitement.

La succession des phénomènes se produit tout autrement avec les poisons cardiaques véritables.

La digitale, le strophantus et les autres médicaments cardiaques exercent une action très complexe, encore assez mal connue (ce qui a amené la publication d'opinions contradictoires sur leur mécanisme) et sur laquelle il serait trop long de nous étendre. Nous donnerons donc seulement un tableau très large où ne figureront que les grands traits capables de servir d'indications thérapeutiques.

La caractéristique des poisons du cœur, c'est l'apparition tardive des phénomènes et leur longue durée. Particulièrement avec la digitale, l'action ne se manifeste que longtemps après l'ingestion du poison, même quand il est administré à doses énormes et par les moyens les plus susceptibles d'a-

mener une rapide diffusion. De même, l'élimination du poison est très lente, et la durée de l'intoxication est extrême même lorsque le sujet doit mourir. Aussi peut-on toujours craindre une issue fatale, puisque l'on a vu des malades succomber 24 heures et jusqu'à 10 jours après l'ingestion du poison.

Le premier effet est une excitation considérable de la fonction motrice des muscles lisses, d'où phénomènes intestinaux et stomacaux (vomissements) et coup de fouet donné à l'organe cardiaque entier; les battements du cœur sont lents et énergiques (lents par excitation du nerf d'arrêt, énergiques par action sur les nerfs auto-moteurs), les pulsations sont plus fermes, la tension artérielle et par suite la fonction rénale, sont augmentées. En même temps, il se produit un malaise général, de *l'anxiété* respiratoire, des troubles considérables de la vue. En un mot tout le système sympathique est atteint. Cette crise de surexcitation fonctionnelle dure plus ou moins longtemps, suivant la nature du poison. Mais peu à peu l'organisme est insuffisant à cette dépense d'énergie fonctionnelle, et à cette période succède une dépression sensible. Le cœur fatigué éprouve de l'arhythmie, le pouls faiblit; il se produit de la tachycardie, des faux-pas, des alternatives de poussées de chaleur à la face et de pâleur, qui sont en rapport avec la succession des phénomènes cardiaques. Enfin, quand l'organe est fourbu, la circulation s'arrête complètement après une ou plusieurs syncopes, précédées d'un affaiblissement général du malade et parfois d'un état congestif du poumon, dû à la stase sanguine.

On remarquera que ce tableau rapide est un résumé des affections cardiaques, mais ici tous les symptômes se trouvent rassemblés dans un cadre très limité.

On reconnaîtra donc chez le malade tous les symptômes, toutes les souffrances qui accompagnent les maladies du

cœur, mais il ne faut pas perdre de vue que la cause efficiente des troubles se trouve dans les phénomènes toxiques exercés sur le cœur même par le poison. C'est en se laissant égarer par les symptômes accessoires que, pendant un assez long temps, on n'a pas reconnu la ressemblance d'action qui place le strophantus (inée) le tanghin et l'ouabaïo à côté de la digitale. Or, au point de vue thérapeutique, il est important de ne s'attacher qu'aux phénomènes cardiaques.

Traitement. — La syncope due à l'action cardiaque de la cocaïne est en réalité, nous l'avons vu, sous la dépendance d'une anémie cérébrale. En conséquence, c'est surtout ce phénomène que visera la thérapeutique : on fera donc respirer au malade du nitrite d'amyle après l'avoir mis dans le décubitus dorsal, où il devra rester jusqu'à disparition des accidents syncopaux. Chaque lipothimie sera surveillée de manière à la prévenir par des inhalations de 10 à 15 gouttes de nitrite d'amyle (sur une compresse en cornet). On pourra administrer à l'intérieur de la caféine et de la trinitrine. Pour le reste du traitement, on pourra, s'il y a lieu, agir comme dans les accidents dus aux anesthésiques.

Le traitement de l'empoisonnement par les poisons cardiaques proprement dits est beaucoup plus délicat à instituer. On se trouve, en effet, en présence de poisons cumulatifs, c'est-à-dire qui ont tendance à se fixer sur la cellule nerveuse et qui s'éliminent difficilement. Cette fixation, probablement chimique, du poison est une grosse difficulté, attendu que, dans l'introduction des médicaments qui seraient susceptibles d'agir contre les phénomènes toxiques, on trouve la place prise dans les centres nerveux.

Les troubles qu'il s'agit de combattre sont, par ordre, les suivants :

1° Vomissements, diarrhée;

2° Excitation fonctionnelle du cœur;

3° Dépression générale (accompagnée de la suppression de la fonction du rein);

4° Troubles cardiaques paralytiques.

Le vomissement est tout d'abord salutaire, si le poison a été pris par la bouche (naturellement, dans ce cas, le lavage de l'estomac serait indiqué), mais, ensuite et immédiatement si le poison a été injecté, il devient un trouble douloureux et inquiétant; on le calmera par du champagne frappé, médication qui a l'avantage de stimuler l'organisme et de favoriser la diurèse. Dans les intervalles d'administration du champagne, on donnera de la glace.

Si l'excitation fonctionnelle du cœur est de très longue durée, si elle est considérable, on pourra administrer les bromures et le chloral, mais c'est là une médication délicate, car il ne faut pas oublier que c'est surtout la période de paralysie qu'il faut craindre; il faudra donc du tact dans l'administration de ces médicaments.

La dépression générale sera soignée par les stimulants généraux et par une alimentation bien réglée : bouillons, régime lacté, thé alcoolisé. Comme la durée de l'intoxication est souvent fort longue, il est naturellement indiqué de ne pas laisser les malades s'affaiblir dans la diète. L'alcool administré comme réconfortant est le meilleur diurétique que l'on puisse donner contre l'anurie qui suit toujours la polyurie observée généralement dans la première période de l'empoisonnement.

Enfin! les troubles de circulation qui accompagnent la crise paralytique finale seront combattus par la caféine et le nitrite d'amyle, mais sans grande chance de succès, car, comme nous l'avons dit en commençant, la fibre nerveuse du cœur est touchée et il n'y a guère à espérer voir les médicaments exercer une influence favorable sur un organe affaibli à la suite d'une excitation fonctionnelle anormale. Le succès de la thérapeutique dépend donc surtout de la

résistance du malade et de la rapidité d'élimination du poison.

Poisons respiratoires.

Nous avons dit que nous groupions sous le titre général de poisons respiratoires les substances toxiques qui présentent, comme phénomène dominant, des troubles respiratoires. En réalité, la plupart de ces drogues sont des poisons du sang, c'est-à-dire des corps qui, en se fixant sur l'hémoglobine du globule sanguin, ou en altérant la constitution chimique de cet organe, empêchent l'hématose de s'exercer normalement et mettent par conséquent le malade en danger d'asphyxie. D'autres agissent véritablement comme agents irrespirables et amènent simplement l'asphyxie par manque d'oxygène ; d'autres enfin peuvent provoquer certains troubles généraux, parmi lesquels l'asphyxie domine.

Ces poisons peuvent former trois divisions : d'abord les vrais poisons hématiques, oxyde de carbone, acide sulfhydrique et émanations de sulfhydrate d'ammoniaque des fosses d'aisance, acide oxalique et oxalates; puis les agents asphyxiants comme l'acide carbonique, le protoxyde d'azote, le gaz d'éclairage et tous les gaz susceptibles de tuer pour manque d'oxygène; enfin les aromatiques, c'est-à-dire l'acide phénique et les innombrables dérivés du benzyle et de ses homologues.

INTOXICATION. — L'empoisonnement par les poisons gazeux hématiques ou asphyxiants est très rapide.

L'*oxyde de carbone*, l'*acide sulfhydrique*, le *plomb* des fosses d'aisance tuent les globules sanguins ; ils agissent donc, en déterminant l'asphyxie, par une diminution considérable du champ de l'hématose. L'acide carbonique et les gaz neutres irrespirables agissent d'une façon

semblable comme résultat, quoique différente comme mécanisme, puisque là le champ de l'hématose est intact, c'est seulement le gaz oxygène qui fait défaut. Si le rétablissement de la fonction respiratoire peut être obtenu avant la mort, le malade se rétablira vite avec les seconds ; avec les premiers, au contraire, l'organisme est toujours profondément touché et le malade reste dans un état d'anémie profonde, mortel même s'il a perdu un trop grand nombre de globules sanguins.

Les oxalates et l'acide oxalique produisent des phénomènes toxiques qui ressemblent à ceux décrits dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ; la crise est moins rapide, parce que l'absorption du poison est plus lente, mais l'altération spectroscopique du sang est du même genre et, par conséquent, les indications thérapeutiques doivent être considérées comme les mêmes.

Dans les deux cas, il peut se produire un état congestif intense des poumons, et cette congestion, au cas où l'empoisonnement a duré trop longtemps, peut mettre la vie des malades en danger pendant des jours et des semaines. On ne saurait donc trop réserver son pronostic, et le praticien doit savoir que la thérapeutique ne peut pas être abandonnée aussitôt le retour du malade à la vie ; celui-ci doit, au contraire, être surveillé pendant longtemps.

En outre de l'asphyxie, le gaz d'éclairage et une grande quantité d'hydrocarbures provoquent des phénomènes cérébraux et de l'anesthésie. On pourrait donc les rapprocher des poisons cérébraux.

Les aromatiques amènent rapidement une altération chimique considérable du sang, d'où cyanose et refroidissement. Ces phénomènes sont fréquemment observés dans l'administration d'une dose élevée des antithermiques; ils n'offrent rien d'inquiétant, mais si la dose est toxique, des symptômes alarmants apparaissent, le malade devient algide

et tombe dans un état comateux qui dure plusieurs heures et provoque l'asphyxie. Cet ensemble fait ressembler l'intoxication par les aromatiques à celle qui termine les maladies infectieuses.

TRAITEMENT. — On sait combien sont fréquents les empoisonnements par l'air vicié des fosses ou des souterrains. Presque toujours la terminaison est fatale et, malheureusement, les accidents mortels se produisent si rapidement que le médecin n'a pas le temps d'intervenir utilement.

Contre ce genre d'empoisonnement, il n'y a, il faut bien le savoir, qu'une seule indication : l'OXYGÈNE.

En effet, un grand nombre de globules ont été tués par le gaz toxique, le malade ne peut plus absorber assez de l'oxygène de l'air avec ce qui lui reste de globules sains. Il est donc tout indiqué de lui faire pratiquer des inhalations d'oxygène. Mais ces inhalations seront ménagées, l'oxygène étant mélangé de moitié d'air de manière à aller doucement et à ne pas brûler trop vite les globules qui sont restés sains. Il faudrait donc agir avec un grand tact, maintenir seulement le sujet en deçà de l'asphyxie dangereuse, pour lui laisser le temps de réparer les pertes globulaires qu'il a faites. Des inhalations constantes d'oxygène pur pourraient ramener rapidement le malade à la vie, mais lui feraient courir le risque de retomber un instant après par combustion trop rapide de l'hémoglobine qui restait. On aurait donc superposé l'intoxication oxygénée à l'intoxication sulfhydrique.

Les mêmes observations s'appliquent à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et les oxalates, quoique d'une façon moins sévère.

De cet exposé il résulte que l'oxygène est l'unique antidote rationnel de l'empoisonnement par les poisons respiratoires hématiques. Tous les autres procédés mécaniques,

respiration artificielle, affusions froides, tractions rythmées de la langue, sont certes des procédés utiles et susceptibles de rendre des services à défaut d'oxygène, mais ils ne pourront suffire que si le champ d'hématose est resté suffisant; seul l'oxygène peut donner quelque chance de sauver les malades très gravement atteints.

Ces observations nous amènent donc à répéter combien il est regrettable que les pharmaciens manquent des moyens de fabriquer extemporanément de l'oxygène, et surtout qu'ils n'aient pas toujours sous la main des récipients renfermant de l'oxygène liquide. Cette mesure sauverait bien souvent des malades que le médecin est impuissant à traiter utilement par manque de moyens vraiment énergiques.

L'oxygène sera également employé dans l'asphyxie par l'acide carbonique, le gaz d'éclairage ou autres gaz chimiques, en outre des moyens généraux d'excitation pratiqués pour le retour à la vie. Avec les gaz anesthésiants, on pratiquera aussi le traitement indiqué au chapitre qui concerne les poisons cérébraux du même genre.

L'empoisonnement par les aromatiques est difficile à traiter quand le malade est tombé dans le coma, car l'altération chimique du sang est si profonde qu'on a peu de chance d'agir sur l'organisme d'une manière heureuse. La première indication est de réchauffer le malade par des frictions et des applications chaudes. Cela fait, on luttera par les moyens généraux indiqués contre le collapsus.

Il va sans dire qu'au cas où de l'acide oxalique ou des acides aromatiques auraient été ingérés, il faudrait pratiquer le lavage de l'estomac et appliquer le traitement recommandé au premier chapitre contre les poisons corrosifs.

Tous les cas d'empoisonnement par les toxiques hématiques sont accompagnés d'une convalescence longue et dangereuse, en raison de l'état d'anémie spéciale où les malades sont mis par la destruction de leurs globules

rouges. Cette convalescence relève naturellement de la thérapeutique générale et nous n'avons pas à en parler ici où nous n'avons eu en vue que la crise aiguë de l'empoisonnement.

Poisons généraux.

Dans ces groupes, peuvent trouver place tous les poisons (ils sont nombreux) dont l'action particulièrement complexe ne présente pas de caractéristique dominante permettant de leur faire prendre rang dans les catégories précédentes. Les poisons de ce genre exercent une action générale et attaquent successivement tous les systèmes; on trouve, dans le tableau de la crise toxique, l'action locale, l'action sur le tube digestif et sur les viscères, l'excitation ou la paralysie du système nerveux, l'altération du sang, les troubles respiratoires et cardiaques.

Ces poisons sont les acides, bases ou sels minéraux en général, et, particulièrement, les composés de l'arsenic, du phosphore, de l'antimoine, de l'argent, du plomb, du mercure, du cuivre, du zinc, de l'or et du platine.

Les accidents chroniques dus à l'arsenic, au phosphore, au plomb et au mercure ont été étudiés à part et, en réalité, ces accidents appartiennent à la pathologie générale, nous n'avons donc pas à nous y attacher.

Ce sont seulement les accidents aigus qui rentrent dans notre cadre et, à ce point de vue, nous pouvons, dans la plupart des cas, les encadrer avec les poisons corrosifs étudiés dans le premier chapitre.

Donc, quel que soit le sel métallique, cause de l'empoisonnement, la première indication est de laver l'estomac et de faire ingérer des substances précipitantes, lait de chaux ou de magnésie, albumine, lait, puis de traiter rationnellement les phénomènes inflammatoires consécutifs.

Les accidents généraux devront être soignés d'une façon empirique en s'attachant à combattre les symptômes divers au fur et à mesure de leur apparition.

Contre la douleur on emploiera les solutions étendues de cocaïne. L'éther servira à lutter contre les accidents spasmodiques. La caféine, la trinitrine et le nitrite d'amyle pourront servir en cas de syncope, particulièrement dans l'intoxication par les préparations d'antimoine que l'on peut assimiler à des poisons paralysants.

Les inhalations d'oxygène rendront les plus grands services dans l'intoxication aiguë par le phosphore, qui est un véritable poison hématique lorsqu'il est administré à forte dose.

Lors d'un empoisonnement par l'acide arsénieux, on devra administrer, après lavage de l'estomac, de la gelée d'hydrate ferrique, obtenu en précipitant par l'ammoniaque du perchlorure de fer étendu d'eau.

Comme on le voit, il nous est impossible de tracer méthodiquement, dans ce chapitre, le rôle du médecin, c'est que tous les poisons que nous citons sont des agents à action très multiple, il nous faudrait les prendre un à un et ce serait compliquer outre mesure notre travail en amenant de perpétuelles répétitions.

En résumé le médecin devra s'attacher à pratiquer l'évacuation du poison et à lutter contre les phénomènes aigus par les procédés que nous avons indiqués au début de ce travail. Si la dose de poison n'a pas été trop considérable, si l'intervention n'a pas été trop tardive, il aura chance d'arrêter la crise aiguë et de voir s'établir la période d'empoisonnement chronique, caractérisé surtout par un état d'anémie et d'affaiblissement général contre lequel il pourra lutter par une médication rationnelle et un régime approprié. Si le poison est corrosif, le traitement sera le même que celui des acides et des bases.

Dans le cas où le poison a pénétré dans la circulation et où la dose a été considérable les chances de guérison deviennent très rares et singulièrement douteuses, car la plupart des poisons métalliques forment des combinaisons fixes avec les tissus, particulièrement avec le tissu nerveux, de sorte qu'il est impossible d'arriver à les éliminer rapidement. Aussi la convalescence, quand elle se produit, est-elle toujours très longue et l'on doit toujours craindre de voir le malade succomber des jours, des semaines et des mois après l'empoisonnement, en raison de l'état de dénutrition et de misère physiologique où il est laissé par la crise aiguë.

C'est donc par l'activation des fontions d'excrétions, à l'aide des diurétiques et des purgatifs et par l'emploi du régime lacté, qu'on pourra espérer favoriser l'élimination et atteindre ainsi le moment où les fonctions pourront se rétablir.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital de la Pitié.)

Traitement de la goutte abarticulaire,

Par M. le professeur Jaccoud.

Dans une clinique faite récemment à l'hôpital de la Pitié, le professeur Jaccoud expose les ressources thérapeutiques vraiment efficaces dont on peut disposer dans la variété de goutte abarticulaire, c'est-à-dire le traitement des goutteux

qui n'ont pas encore eu d'attaque et des goutteux dans l'intervalle des accès. Il faut régler tout d'abord avec une sévérité presque mathématique l'hygiène, le régime. Doit-on recommander le régime carné exclusif comme le préconise Pfeiffer?

Non, car un pareil régime ne peut être que fort nuisible au goutteux, car il augmente la proportion d'acide urique et des déchets organiques. Quant au régime végétarien exclusif, il ne peut que hâter grandement l'échéance de l'artériosclérose, complication la plus redoutable qui puisse survenir chez les goutteux, car cette lésion organique tient sous sa dépendance les accidents rénaux, cardiaques ou cérébraux qui peuvent se développer chez ces malades.

Le régime mixte sera seul institué : sobriété la plus complète; régularité la plus parfaite dans les repas. Seront interdits d'une façon absolue : les truffes, les crustacés, les poissons de mer, le porc, le gibier. Les farineux seront défendus si le goutteux présente la moindre tendance à l'obésité qui constitue pour eux une complication fâcheuse. Comme boissons, l'eau, les vins blancs les plus légers coupés d'une quantité notable d'eau; les vins blancs français trop alcooliques seront avantageusement remplacés par les vins de la Moselle assez légers.

Les bières peu alcooliques, bière de France, bière de Vienne peuvent être autorisées. Les bières fortes, celles de Munich, de Nuremberg, les bières anglaises (pale ale, porter) seront interdites. Le café, le thé ne seront admis qu'avec modération. Le régime seul bien observé donnera de bons résultats, ce que montrera l'examen de l'urine émise dans les vingt-quatre heures : quantité abondante, densité au-dessous de la moyenne physiologique.

Si, au bout de quinze jours de ce régime, l'amélioration n'est pas survenue, on fera intervenir les médicaments. Mais avant cette intervention médicamenteuse, on pourra faire

suivre au malade le régime lacté partiel : un litre de lait dans l'intervalle des repas en deux ou trois fois.

Si, malgré ce régime, on n'a pas obtenu un effet suffisant on aura recours alors aux médicaments. La *lithine* vient en première ligne. Le professeur Jaccoud donne la préférence au benzoate de lithine qu'il ordonne à la dose de 0,40 à 0,80 centigrammes dans les vingt-quatre heures, le plus souvent sous forme pilulaire. Une série de pilules de 0,10 centigrammes est prise au moment de chaque repas ou même en dehors des repas. Après chaque pilule le malade doit boire une petite quantité d'eau minérale alcaline. Cette médication sera continuée durant quinze jours; on la suspend ensuite au moins pendant une semaine.

Dans ces dernières années on a préconisé, au même titre que la lithine, la pipérazine et la pipérazidine qui ne valent pas mieux que la lithine.

L'an dernier on a préconisé en Allemagne l'uricédine. Jusqu'à nouvel ordre, il convient de laisser la première place aux sels de lithine dont l'efficacité est indiscutable.

Chez les goutteux un peu obèses qui ont cette *pléthore abdominale* des anciens, qui présentent ce catarrhe intestinal avec constipation, le traitement par la lithine produira quelque effet, mais il reste assurément mieux à faire.

Avec le régime mixte et le lait, il faudra donner à intervalles réguliers les sels de Carlsbad qu'on fera alterner avec les sels de lithine. On emploiera de préférence le sel naturel de Carlsbad cristallisé.

On préparera dès la veille la solution à chaud et on la prendra seulement le lendemain matin après avoir eu soin d'agiter une ou deux fois. Pendant huit jours on fera prendre une cuillerée à café de ce sel dans un demi-verre d'eau le matin au réveil.

Au bout de trois ou quatre jours, rarement avant, l'effet laxatif est obtenu. On laisse reposer le malade cinq à six

jours, on lui donne ensuite pendant dix jours des sels de lithine et, après un nouveau repos de cinq jours, on prescrit de nouveau le sel de Carlsbad et ainsi de suite.

Les cures thermales ont une très grande importance et ont leur maximum d'action chez les goutteux qui n'ont pas encore présenté d'accès articulaires. Chez ceux qui en ont eu on ne doit pas prescrire le traitement avant que deux mois se soient écoulés à partir de la fin de l'accès. Vichy et Carlsbad ne sont pas les seules ressources thermales que l'on peut appliquer à la thérapeutique des goutteux, de même que la phrase courante « Vichy est le Carlsbad français, Carlsbad est le Vichy autrichien » est absolument erronée. Les propriétés dominantes de Carlsbad sont sa thermalité prononcée (Source Sprudel 73°8), sa teneur élevée en chlorure de sodium et en sulfate de soude; celles de Vichy résident principalement dans la forte proportion de bicarbonate de soude qui y est contenue.

Les indications seront, par conséquent, fort différentes.

Si l'on a affaire à un goutteux présentant de l'uricémie, du catarrhe intestinal, de la dyspepsie flattulente, de la tendance à l'obésité, on lui conseillera Carlsbad dont l'indication sera formelle si ce goutteux a eu quelques troubles hépatiques. S'il y a de la lithiase seule on conseillera Vichy.

Si le malade est affaibli, on s'abstiendra, surtout si l'on constate même à l'état de simples indices des accidents cardiaques ou des symptômes de néphrite interstitielle. On pourra avoir recours à des eaux moins actives, partant mieux tolérées, telles que Royat, Ems, qui sont bicarbonatées, sodiques et chlorurées.

Si les malades ont des tophi on s'adressera à des eaux chlorurées plus franches dont le type est Wiesbaden, source Kochbrunnen, qu'on emploie en boissons et en bains; chez les goutteux pris par les articulations, aucune eau ne doit lui être préférée.

Si on craint qu'elle ne soit trop forte, on aura recours aux eaux de Baden-Baden qui sont très chaudes, ou à celles de Hambourg moins actives parce qu'elles sont froides. Chez les goutteux avec tendance à la cachexie ces eaux doivent être évitées. Il faut alors recourir à ce que le professeur Jaccoud appelle les eaux de lavage, Martigny-les-Bains, Contrexeville, Vittel, Evian, eaux alcalines froides auxquelles il faut ajouter l'eau sulfatée calcique de Capvern (24°). Ce sont les eaux de lixiviation, ces eaux n'agissent qu'à la condition d'être prises en grande quantité (8 à 12 verres par 24 heures). Comme elles sont froides, elles sont d'une digestion difficile et pas toujours tolérées, le professeur Jaccoud leur préfère une eau lixiviante chaude qui peut agir à la dose de 4 verres, c'est l'eau de Ragatz (36°) qui présente une minéralisation à peu près nulle. L'eau en boisson est en pareil cas l'agent principal du traitement; on emploie surtout les bains pour les affections nerveuses et rhumatismales chroniques.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Gaze nosophénée comme succédané de la gaze iodoformée. (v. Noorden, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1895, N° 22). — L'auteur a remplacé la gaze iodoformée par la gaze nosophénée. D'abord, il a fait ce remplacement en petite chirurgie, absolument dans tous les cas où l'on aurait employé la gaze iodoformée pour le pansement ou pour le tamponnement des cavités, y compris les panaris et les autres plaies suppurées; plus tard, il s'en est aussi servi pour le pansement

des surfaces étendues, le tamponnement des plaies cavitaires étendues ; à plusieurs reprises après l'extirpation des ganglions, après la résection du rectum, dans les opérations sur les glandes mammaires, dans l'opération pour luxation congénitale de la hanche (formation d'une nouvelle cavité cotyloïde).

La gaze nosophénée n'est pas inférieure à la gaze iodoformée quant au drainage et à l'activation de la formation des granulations; elle peut la remplacer complètement pour le tamponnement. Mais la gaze nosophénée est même supérieure sous un rapport à la gaze iodoformée, à savoir, par l'absence complète de toute odeur désagréable. C'est à cette propriété que la gaze nosophénée est redevable de son importance. De plus, elle n'a jamais donné naissance à aucun phénomène secondaire fâcheux.

Quant à la poudre de nosophène qui peut être employée comme succédané de la poudre d'iodoforme, outre son action antiseptique, elle semble encore être douée de propriétés astringentes; du moins, elle agit comme dessicant.

La gaze nosophénée remplacera surtout avantageusement la gaze iodoformée dans le tamponnement de la cavité buccale et des cavités avoisinantes : on sait avec quel dégoût — et pour cause — les malades se soumettaient ordinairement au tamponnement par la gaze iodoformée! (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 24, p. 518 et 519.)

Sur les réactions provoquées dans les tissus par les fils de soie et le catgut. (Orlandi, *Gazetta medica di Torino*, 1895.) — L'auteur résume comme suit les résultats de ses recherches :

1° Le catgut, de même que la soie, provoquent dans les tissus une réaction locale;

2° Les fils de soie sont-ils préparés selon l'art, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, la réaction locale est alors transitoire et de peu d'importance; même dans les cas

les plus graves, elle disparaît ordinairement dans quatre à cinq jours;

3° Quant au catgut, si, ainsi que c'est le cas avec la soie, le mode de préparation et de conservation joue un certain rôle, certaines conditions spéciales doivent aussi être prises en considération. C'est ainsi, par exemple, qu'en introduisant le catgut en grande quantité dans les tissus des animaux sensibles (les lapins, par exemple), il survient une accumulation énorme des globules sanguins blancs qui ressemble absolument à un abcès.

4° Cette accumulation des leucocytes dépend non du mode de préparation et de conservation, mais, selon toute vraisemblance, des microbes y contenus antérieurement à la stérilisation et de leurs produits d'échange.

5° Il en résulte donc que le catgut demande à être stérilisé avec beaucoup plus de soin encore qu'on ne l'a fait jusqu'à présent (*Vratch*, 1895, N° 25, p. 706.)

Pharmacologie.

Contribution à l'action physiologique de l'extrait des capsules surrénales (L. A. Gluzinski, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, n° 14). — L'auteur a entrepris des recherches expérimentales pour élucider l'action physiologique des capsules surrénales. Dans ce but il injecta dans les veines et sous la peau, l'extrait glycériné des capsules surrénales des animaux tués récemment.

Cet extrait est doué de propriétés toxiques très accusées. L'injection intra-veineuse est suivie de paraplégie anesthésique du train postérieur. En même temps surviennent des convulsions légères dans la partie antérieure du tronc; ces convulsions vont parfois jusqu'à provoquer l'opistotonos. La respiration est accélérée, la pression sanguine commence par s'élever considérablement, les pupilles se dilatent : la mort survient après quelques minutes avec de la dyspnée in-

tense et des paralysies généralisées. La respiration artificielle peut retarder pour un certain temps l'issue fatale.

Injecté sous la peau, l'extrait glycériné des capsules surrénales ne tue l'animal qu'à doses beaucoup plus élevées, et ce, seulement après plusieurs jours.

Les animaux de contrôle auxquels on injectait l'extrait glycériné d'autres organes, ne présentaient des phénomènes d'intoxication que beaucoup plus tardivement.

L'extrait glycériné des capsules surrénales agit sur le système nerveux central; des recherches ultérieures sont nécessaires pour décider s'il influence aussi les nerfs périphériques; à l'appui de cette supposition il est à remarquer que, dans certaines phases de l'intoxication par l'extrait des capsules surrénales, il y a des analogies incontestables avec l'intoxication produite par le curare. (*Therapeutische Monatshefte*, mai 1895, p. 267.)

Études comparées sur la guérison des plaies, spécialement sur l'influence des préparations iodées sur ce processus. (N. Zuntz et R. W. Frank, communication préalable; *Fortschritte der Medicin*, 1er juillet 1895, N° 13).

Les expériences ont été entreprises sur des lapins auxquels on avait pratiqué par incision des plaies symétriques traitées comparativement par diverses préparations iodées, à savoir: le nosophène, l'iodoforme, le dermatol et l'aristol.

C'est le nosophène qui s'est montré supérieur à toutes les autres préparations iodées sus-énumérées: dessication plus accusée des plaies, absence presque complète d'exsudats, tuméfaction et rougeur moindre des bords de la plaie, diminution rapide et guérison de la plaie en peu de temps. A l'examen microscopique les plaies soumises à l'influence du nosophène étaient envahies d'un plus petit nombre de leucocytes que celles traitées par les autres préparations iodées.

Les plaies injectées par le bacillus prodigiosus guérirent rapidement, traitées qu'elles étaient par l'antinosine (nosophène

sodique), tandis que les plaies de contrôle étaient couvertes d'un enduit sale.

Les injections des solutions de nosophène à 1 0/0 donnèrent des résultats éclatants dans le traitement de la cystite expérimentale des chiens. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, N° 28, p. 601).

Maladies des enfants.

Traitement des convulsions (Dr Montenuis, de Dunkerque, *Journ. des prat., juillet 1895*). — Chez les jeunes enfants, l'auteur recommande les petits lavements médicamenteux et les bottes mouillées. Pour évacuer le tube digestif, il donne systématiquement, en cas de convulsions, un petit lavement d'une cuillérée à café de glycérine pure, c'est-à-dire sans addition d'eau.

Pour calmer le système nerveux, il conseille l'antipyrine qui se donne très facilement en lavements : elle se prescrit en solution au 1/50 ou au 1/25 suivant l'âge de l'enfant, de façon à ce que une cuillérée à café qui est la dose de chaque lavement contient 10 ou 20 centigrammes de médicament.

Dans la pratique, aussitôt que le lavement glycériné a produit son effet, on le fait suivre d'un lavement d'une cuillérée à café de solution d'antipyrine et l'on répète ce lavement toutes les 10 ou 15 minutes, 3 ou même 4 fois.

Dans les cas graves, comme stimulant et comme révulsif cutané, il conseille à la place du sinapisme et du vésicatoire, l'eau froide qu'il applique de la façon suivante sous forme de bottes mouillées :

Eau froide vinaigrée ou aromatisée d'eau de Cologne appliquée sur chaque membre inférieur à l'aide de mouchoirs ou de serviettes et changées toutes les demi-heures. On recouvre le linge mouillé d'une couverture ou d'un maillot.

Dans les cas très graves, les bottes mouillées ne suffisent plus et il faut avoir recours au drap mouillé ou aux bains froids.

Dilatation forcée de la glotte dans le croup (D[r] Renou, de Saumur, *Com. au Cong. de Bordeaux*). — Le croup étant, comme l'établissent les preuves cliniques et anatomiques, une strangulation d'origine intralaryngienne produite, non pas par la fausse membrane faisant bouchon, comme on le croit généralement, mais par une contracture du sphincter laryngien plus ou moins compliquée d'œdème, pourquoi ne pas chercher à dilater ce sphincter spécial comme on ferait de l'anus fissural? Je l'ai essayé avec succès. M. Constantin Paul a également appliqué ce procédé avec avantage; d'un autre côté, M. Variot vient de publier une série d'observations où le tube mis en place dans le larynx en sténose a été immédiatement expulsé mais a suffi par son introduction à faire disparaître les phénomènes de strangulation et d'asphyxie. On a pu se dispenser de le réintroduire.

Cela étant, je crois qu'on peut remplacer ce tube par la pince simplement introduite avec dilatations bilatérales et enlevée et baissée pendant un certain temps au cran d'arrêt, retirée et remise comme un tube, s'il en est besoin pour les nécessités de l'alimentation.

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement du prurit en général (W. Morain, *Rec. de méd. et de chir. pratiques*, juillet 1895). — *A. Traitement local.* Lotionner la région malade avec de l'eau que l'on a fait bouillir soit avec des têtes de camomille (20 têtes par litre), soit des feuilles de coca (10 grammes par litre). Cette eau doit être employée aussi chaude que possible et additionnée soit d'une cuillerée à soupe de la solution suivante par litre :

Acide phénique	150	grammes.
Glycérine	100	—
Alcool	50	—

soit de deux cuillerées à soupe de vinaigre de Pennès par verre. Appliquer ensuite une pommade antiprurigineuse renfermant de l'acide phénique, de la cocaïne, de l'essence de menthe, etc.; par exemple la pommade suivante :

Acide phénique	0,50 à 1 gr.
Oxyde de zinc	20 grammes.
Lanoline	āā 20 grammes.
Vaseline	

Saupoudrer ensuite avec une poudre inerte.

On peut encore utiliser les emplâtres soit à l'oxyde de zinc, soit à l'huile de foie de morue soit à l'acide phénique, au naphtol, à l'ichtyol.

B. *Traitement général.* — Il a une importance capitale. Le régime alimentaire doit être très sévère. Sont défendus : les poissons, les coquillages, les crustacés, les mollusques, le gibier, les truffes, les fromages forts, les épices, les fraises, la charcuterie, le thé, le café, les liqueurs, l'eau-de-vie, le vin pur. L'alimentation devra consister en légumes verts bien cuits, en féculents, en purée, en viandes rôties ou grillées, en fruits cuits. L'eau de Vals ou l'eau de Vichy sont utiles. Il convient en même temps de s'adresser aux troubles constitutionnels qui peuvent exister, et de combattre en particulier l'arthritisme. Calmer le système nerveux en prescrivant les diverses préparations de valériane ou les bromures; à ce titre les douches chaudes en pluie sont favorables.

Comme médication interne on ordonnera, soit l'antipyrine, soit la teinture de belladone à la dose de V à XV gouttes par jour, soit l'acide phénique en pilules (0,20 à 0,60 centigr. par jour) soit la quinine si l'on a affaire à un arthritique nerveux.

Traitement des affections prurigineuses (Dr Thibierge, *Comm. au Cong. de Bordeaux*). — J'ai étudié les effets qu'on obtient dans le traitement des affections prurigineuses, en

employant les colles médicamenteuses préconisées d'abord par Pick (Prague), puis abandonnées, en raison de certains défauts de leur préparation et enfin perfectionnées depuis par Unna, Tennesson, etc.

Les applications de colle préparée suivant la formule de M. Millet qui donne un enduit adhérent séchant facilement et suffisamment persistant, déterminent la cessation du prurit tant que l'enduit reste intact. Elles produisent seulement une sensation de froid assez persistante et quelques fois très intense.

Ce traitement donne les meilleurs résultats dans le prurigo de Hébra, dans les prurigos diathésiques, dans les prurits par auto-intoxications il est encore indiqué, quoique son efficacité soit moindre, dans le prurit dit sénile; dans le lichen de Wilson et dans le lichen circonscrit, ses effets sont variables mais parfois très favorables.

Il doit être réservé aux affections prurigineuses qui ne s'accompagnent pas d'altérations épidermiques, ou être précédé du traitement et de la guérison de celles-ci; sur les parties qui sont le siège d'excoriations et de lésions suintantes méta-prurigineuses, il provoque une exacerbation du prurit et de la douleur.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CENT VINGT-NEUVIÈME

A

B

E

F

G

H

N

O

P

R

S


UNIVERSITY OF MICHIG
3 9015 05976 863

